

**Risiko- und Schutzfaktoren für seelische
Gesundheit bei berufstätigen Frauen
in Deutschland und Südkorea:
Eine kulturvergleichende Studie**

Von der Fakultät für Lebenswissenschaften
der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig
zur Erlangung des Grades einer
Doktorin der Naturwissenschaften
(Dr. rer. nat.)
genehmigte
D i s s e r t a t i o n

von Min Ah Shin
aus Daegu / Südkorea

1. Referent: Prof. Dr. Wolfgang Schulz
2. Referent: Prof. Dr. med. Gerhard Schmid-Ott
eingereicht am: 24.09.2012
mündliche Prüfung (Disputation) am: 12.12.2012

Druckjahr 2013

사랑하는 엄마께 드립니다.

Für meine Mutter

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei vielen Personen herzlich bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit sehr unterstützt haben:

- Meinem ersten Betreuer, Herrn Prof. Dr. Schulz, für seine sehr große inhaltliche und methodische Unterstützung in allen Phasen der Arbeit, die Anregungen, Geduld und Verständnis;
- Meinem zweiten Betreuer, Herrn Prof. Dr. med. Schmid-Ott, für die Feedbacks, Anmerkungen, Tipps und Zweitbegutachtung;
- Herrn Prof. Dr. med. J.-B, Kim in Südkorea für die ganz große Unterstützung zur Datenerhebung in Südkorea

(자료수집과 많은 조언을 주신 김정범 교수님, 정말 감사드립니다!)

- der Klinik Berolina, wo ich als Diplom-Psychologin bzw. als Psychotherapeutin in Ausbildung gearbeitet habe und die mir Inspiration und die Gelegenheit für meine Arbeit gab;
- dem evangelischen Krankenhaus Lütgendordmund, wo ich als Dipl.-Psych. gearbeitet habe und Datenerhebung machen konnte;
- Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule Köln, besonders Frau Begrow, dafür dass ich die Daten für die klinische Stichprobe in meiner Studie verwenden konnte;
 - Herrn Moll für die sorgfältige Korrektur
 - den Kliniken für die klinische Stichprobe:
 - Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee, medizinisch-psychosomatisches Krankenhaus, Kooperationspartner: PD Dr. Dr. Hillert
 - Brunnen-Klinik, Dr. Becker Klinik-Gesellschaft, Horn-Bad Meinberg, Klinik für psychosomatische und psychotherapeutische Prävention und Rehabilitation
Kooperationspartner: Dr. Ohly

- Den berufstätigen Frauen in Deutschland und Südkorea, die an meiner Studie teilgenommen haben,

- Meinen Freundinnen, die mir emotionale, sprachliche und fachliche Unterstützung sowie ein Familiengefühl gegeben haben:

Nina, Franziska, Katrin, Evi, Carmen, Hyunjung und Jiyoung

- Ich möchte ebenso bei meinen ambulanten bzw. psychotherapeutischen AusbildungskollegInnen bedanken, dass sie mir viele Verständnisse und emotionale Unterstützung gegeben haben!

Den Leuten, die 8655,843 km von meinem jetzigen Wohnsitz entfernt sind:

- Meiner Familie, die immer hinter mir steht, und
- Meinen Freundinnen in Südkorea, die mir immer emotionale Unterstützung und Freude schenken

먼 곳에 떨어져 있음에도 불구하고 항상 사랑과 신뢰를 주었던

가족들과 친구들에게

감사드립니다.

- Ich bin jeder Gelegenheit, der ich begegnet bin, dankbar. Während meiner Dissertationszeit habe ich einerseits fachliches Wissen vertieft, andererseits habe ich unmittelbar gelernt, wie wichtig eine Work-Life-Balance im Leben ist!

Danke!

감사합니다!

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
Zusammenfassung.....	IV
1 Einleitung	1
2 Theoretische Grundlagen	3
2.1 Subjektive Rollenqualitäten	3
2.2 Seelische Gesundheit	7
2.2.1 Das Modell der Salutogenese.....	8
2.2.2 Schutzfaktoren bzw. Bewältigungsressourcen.....	14
2.2.2.1 Personal-psychische Bewältigungsressourcen.....	15
2.2.2.2 Sozial-interpersonale Bewältigungsressourcen	17
2.2.2.3 Sozio-kulturelle Bewältigungsressourcen	19
2.2.3 Risikofaktoren.....	19
2.2.3.1 Berufsbezogene Risikofaktoren.....	20
2.2.3.2 Familienbezogene Risikofaktoren	24
2.2.3.3 Geschlechtbezogene Risikofaktoren	25
2.2.4 Kulturelle Faktoren für seelische Gesundheit bei Frauen.....	28
2.2.5 Exkurs: Südkorea	31
2.3 Work-Life Balance: Theorien der „Work-Life Balance“	34
2.3.1 Segmentationsmodell	35
2.3.2 Spillovermodell	36
2.3.3 Kompensationsmodell	37
2.3.4 Instrumentalitätsmodell.....	38
2.3.5 Ressource-Drain-Modell	39
2.3.6 Konfliktmodell	39
2.3.7 Border-Modell.....	41
3 Fragestellungen und Hypothesen.....	45
3.1 Die erlebte Rollenqualität im familiären und beruflichen Umfeld	47
3.2 Zusammenhang zwischen Rollenqualität und seelischer Gesundheit.....	50
3.3 Kulturelle Unterschiede bei gesunden berufstätigen Frauen.....	51
3.4 Zusammenhang zwischen seelischer Gesundheit und der Einstellung bzw. gesellschaftlicher Akzeptanz gegenüber psychotherapeutischer Behandlung	54

4 Methode.....	56
4.1 Untersuchungsdesign.....	56
4.2 Rekrutierungen.....	57
4.3 Beschreibungen der Erhebungsinstrumente.....	58
4.3.1 Fragebögen zu Rollenqualitäten (FRQ).....	59
4.3.2 Effort-Reward-Imbalance (ERI).....	61
4.3.3 Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	63
4.3.4 Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF)	67
4.3.5 Symptom-Checkliste-Kurzversion-9 (SCL-K-9) und Brief Symptom Inventory (BSI).....	70
4.3.6 Fragebogen zur Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe (FEP)	71
4.3.7 Erhebungsinstrumente in Südkorea	72
4.4 Stichprobenbeschreibung.....	72
4.5 Statistisches Vorgehen.....	76
5 Ergebnisse	79
5.1 Vergleich zwischen gesunden berufstätigen Frauen und berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen	79
5.1.1 Erlebte Rollenqualitäten im familiären Umfeld.....	79
5.1.2 Erlebte Rollenqualitäten im beruflichen Umfeld.....	81
5.1.3 Erlebte Rollenqualitäten im familiären und beruflichen Umfeld	88
5.1.4 Vergleich der seelischen Gesundheit zwischen gesunden berufstätigen Frauen und berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen	89
5.1.5 Zusammenhang zwischen den erlebten Rollenqualitäten und dem arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	90
5.1.6 Zusammenhang zwischen den erlebten Rollenqualitäten und seelischer Gesundheit.....	94
5.2 Kulturelle Unterschiede bei gesunden berufstätigen Frauen.....	97
5.2.1 Kulturelle Unterschiede für erlebte Rollenqualitäten im familiären Umfeld.....	97
5.2.2 Kulturelle Unterschiede für erlebte Rollenqualitäten im beruflichen Umfeld.....	98
5.2.3 Kulturelle Unterschiede für das arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	99
5.2.4 Kulturelle Unterschiede für erlebte Rollenqualitäten im familiären und beruflichen Umfeld	103

5.2.5 Kulturelle Unterschiede für seelische Gesundheit	105
5.2.6 Kulturelle Zusammenhänge zwischen seelischer Gesundheit und dem arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	106
5.2.7 Kulturelle Zusammenhänge zwischen erlebten Rollenqualitäten und seelischer Gesundheit	110
5.2.8 Kulturelle Unterschiede bzgl. psychotherapeutischer Einstellung und Akzeptanz	113
5.2.9 Kulturelle Zusammenhänge zwischen seelischer Gesundheit und psychotherapeutischer Einstellung bzw. Akzeptanz	113
5.3 Zusammenfassende Darstellung der erhobenen Befunde	115
6 Diskussion	116
6.1 Inhaltliche Diskussion der Befunde	116
6.1.1 Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse im Rahmen der Forschungsfragen	117
6.1.1.1 Risiko- und Schutzfaktoren für seelische Gesundheit bei berufstätigen Frauen	118
6.1.1.2 Zusammenhang zwischen erlebten Rollenqualitäten und seelischer Gesundheit bei berufstätigen Frauen	123
6.1.1.3 Kulturelle Unterschiede für erlebte Rollenqualitäten bei gesunden berufstätigen Frauen	128
6.1.1.4 Kulturelle Unterschiede für Einstellung gegenüber der psychotherapeutischen Hilfe	138
6.2 Stärken und Einschränkungen der Studie sowie Implikationen für die zukünftige Forschungsfragen	141
6.3 Implikationen für die Praxis	145
7. Fazit	148
8 Literatur	149
Anhang	172

Abkürzungsverzeichnis

AVEM	Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster
BMFS	Bundesministerium für Familie und Senioren
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BSI	Brief Symptom Inventory
ERI	Effort-Reward-Imbalance
FEP	Fragebogen zur Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe
FRQ (-B, -P, -E und -P)	Fragebögen zu Rollenqualitäten (-Beruf, -Partnerschaft, -Elternschaft und -Haushalt)
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10
IRiS Protekt-Studie	Studie zur Identifizierung von Risiko- und Protektionsfaktoren für Ängste und depressive Verstimmungen bei berufstätigen Frauen und Männern sowie zur Erstellung eines Präventionskonzeptes zur Gesundheitssicherung
IQPR	Das Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln
OECD	Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
SCL-K-9	Symptom-Checkliste-Kurzversion-9
SCL-90-R	Symptom-Checkliste-90-R
TPF	Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie wurden Risiko- und Schutzfaktoren für die seelische Gesundheit im beruflichen und familiären Umfeld berufstätiger Frauen im Rahmen des Modells der Salutogenese nach Antonovsky (1979) erforscht. Wichtige Fragen waren hierbei, wie berufstätige Frauen ihre seelische Gesundheit erhalten und welche Faktoren auf ein Gesundheits-Krankheits-Kontinuum einwirken. Gegenstand der Forschung war im Rahmen der ersten und zweiten Fragestellung, welche Risiko- und Schutzfaktoren bei berufstätigen Frauen im beruflichen und familiären Umfeld für seelische Gesundheit bestehen und wie unterschiedlich die Rollenqualitäten von gesunden und seelisch erkrankten berufstätigen Frauen erlebt werden sowie welchen Zusammenhang es zwischen den erlebten Rollenqualitäten – sowohl im beruflichen als auch familiären Umfeld – und der seelischen Gesundheit bei berufstätigen Frauen gibt. In der dritten Forschungsfrage wurden nach einem multikulturellen Aspekt Risiko- und Schutzfaktoren bei gesunden berufstätigen Frauen identifiziert und verglichen. Ebenso wurden die Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe im Rahmen der vierten Forschungsfrage in Südkorea und Deutschland verglichen.

An der vorliegenden Studie nahmen insgesamt 293 berufstätige Frauen aus drei Stichproben teil: 96 berufstätige Frauen für die klinische Stichprobe, 98 berufstätige Frauen für die Stichproben Gesunder in Deutschland und 99 berufstätige Frauen für die Stichprobe Gesunder in Südkorea. Um Risiko- und Schutzfaktoren für die seelische Gesundheit zu erfassen, wurden die erlebten Rollenqualitäten der Teilnehmerinnen im beruflichen und familiären Umfeld verglichen. Die wichtigsten Ergebnisse lauten, dass (1) eine „zufrieden stellende Rollenqualität für die Partnerschaft“ im familiären Umfeld und bestimmte „arbeitsbezogene gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster“ im beruflichen Umfeld als Schutzfaktoren bezeichnet werden können. (2) Im Gegensatz dazu gelten die „belastenden Rollenqualitäten in der Partnerschaft, im Haushalt und in der Elternschaft“ als Risikofaktoren im Rahmen des familiären Umfelds. In Bezug auf das berufliche Umfeld stellen die folgenden Variablen Risikofaktoren dar: „Belastende Rollenqualitäten im Beruf, arbeitsbezogene gesundheitsgefährdende Verhaltens- und Erlebensmuster“ sowie ein hohes berufsbezogenes Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung (Effort-Reward-Imbalance). (3) Des Weiteren zeigten die Ergebnisse aus den kulturellen Vergleichen, dass die gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea mehr gesundheitsgefährdende Verhaltens- und Erlebensmuster aufweisen als die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland,

während gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster bei den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland häufiger auftraten. In den Bereichen „Elternschaft, Partnerschaft und Beruf“ gab es keinen Gruppenunterschied für Rollenqualitäten der Belastung und Zufriedenheit. Interessanterweise zeigten die koreanischen berufstätigen Frauen eine höhere Zufriedenheit mit dem Haushalt als die deutschen berufstätigen Frauen, auch wenn die koreanischen Frauen mehr Zeit mit dem Haushalt verbrachten als die deutschen Frauen. Außerdem zeigte sich bei den koreanischen Frauen ein geringeres Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung im Beruf als bei den deutschen Frauen. (4) Bezüglich der vierten Forschungsfrage ergab sich ein deutlicher Einstellungsunterschied gegenüber psychotherapeutischer Behandlung: Die deutlich negativere Einstellung bzw. geringere Akzeptanz gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung vonseiten berufstätiger Frauen in Südkorea können als Risikofaktor für die seelische Gesundheit gelten.

Zusammenfassend erlaubt die vorliegende Studie, die Risiko- und Schutzfaktoren bei gesunden berufstätigen Frauen und bei berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen zu identifizieren. Der seelische Zustand der Frauen steht in klarem Zusammenhang mit der Anzahl und Art der vorhandenen Faktoren. In der vorliegenden Studie wird vorgeschlagen, seelische Erkrankungen berufstätiger Frauen nicht ausschließlich pathologisch zu sehen. Stattdessen sollte berücksichtigt werden, dass für berufstätige Frauen wenige Schutzfaktoren bzw. mehr Risikofaktoren in den verschiedenen Lebensbereichen existieren. Es werden Leitlinien gegeben, welche Rollenqualitäten die berufstätigen Frauen entweder als Schutzfaktor oder als Risikofaktor besonders beachten sollten, wenn sie ihren Gesundheitszustand zum positiven Pol des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums hin entwickeln wollen. Zudem wurde die Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe entweder den Schutz- oder den Risikofaktoren zugeordnet. Alle untersuchten Hypothesen wurden im Hinblick auf den multikulturellen Aspekt überprüft. Dadurch bietet die Studie eine multikulturelle Information zum Verständnis der Risiko- und Schutzfaktoren für seelische Gesundheit bei berufstätigen Frauen.

1 Einleitung

Ein traditioneller konfuzianischer Spruch besagt: „Der geborene Sohn gleicht einem Mastschwein, die geborene Tochter einem Esel.“ Der Gedanke, der dahinter steht, ist folgender: Wenn die Tochter heiratet, verlässt sie das Elternhaus hin zur Familie des Ehemannes, um dort zu kochen, zu putzen und für die Familie zu sorgen. Die Eltern haben so ihr Kind und damit auch ihre Altersvorsorge an die Familie des Schwiegersohnes verloren. Hätten sie jedoch einen Sohn geboren, dann wäre dieser bei der Familie geblieben und sie hätte durch seine Hochzeit sogar noch eine Frau und somit eine kostenlose Köchin und Putzfrau dazubekommen (<http://corinna-marzahn.suite101.de/frauen-in-china-a79309#ixzz1soeM0kCt>).

Diese Perspektive beschreibt die Sicht auf Frauen in der asiatischen und konfuzianischen Kultur. Die typische Lebenssituation der Frau ist nicht nur in der asiatischen Kultur, sondern auch in der europäischen Kultur durch „Mehrfachbelastung“ gekennzeichnet, was bedeutet, dass Frauen ihren Energieeinsatz zwischen verschiedenen Lebensbereichen aufteilen müssen: Haushaltsorganisation, Kindererziehung, Pflege von Familienangehörigen und häufig außerhäusliche Erwerbstätigkeit (Dinger-Broda, 2001). Auch wenn sich diese Frauenrolle und Einstellung für die Frauen im Laufe der Zeit verändert haben, bleiben sie dennoch gesellschaftliche Norm.

Haltungen gegenüber Frauen und hiermit verbundene Aufgaben bzw. Verpflichtungen hängen von Kultur und gesellschaftlicher Norm ab. Heute befinden sich berufstätige Frauen in einem Dilemma zwischen der traditionellen Frauenrolle und der Frauenrolle als Berufstätige: Wie immer Frauen sich entscheiden – für Familie und gegen den Beruf, gegen Familie und für Beruf oder für beides – in jedem Fall haben sie etwas zu verlieren (Becker-Schmidt, 2008). Nach den epidemiologischen Studien der Frauengesundheitsforschung ergeben sich für Frauen in Statistiken häufig folgende Ergebnisse: (1) Frauen weisen in Statistiken häufig höhere Arbeitsunfähigkeitszeiten auf als Männer und (2) die Auftretenshäufigkeiten verschiedener Erkrankungen unterscheiden sich bei Männern und berufstätigen Frauen in Bezug auf Arbeitsunfähigkeit: Beispielsweise leiden arbeitsunfähige Frauen häufiger an neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sowie affektiven Störungen, während Männer aufgrund psychischer Störungen durch psychotrope Substanzen fast dreimal so häufig wie Frauen krank geschrieben sind (Lademann, Mertesacker & Gebhardt, 2006).

Im Laufe der letzten dreißig Jahre wurden sehr viele Studien zu den Themenbereichen „Rollenkonflikt“, „Rollenbelastung“, „Beruf-Haus-Konflikt“, „Beruf-Familie-Konflikt“ und „Beruf-Leben-Balance“ durchgeführt, um dieses Phänomen zu erklären (Emslie, Hund & Macintyre, 2004). Im Rahmen der Geschlechterforschung ist insbesondere die Mehrfachbelastung von Frauen durch Rollenwandel und multiple Rollenfunktionen (traditionelle Hausfrau und Mutterrolle, zeitgleiche Berufstätigkeit) hinsichtlich der Auswirkung auf die psychische und physische Gesundheit untersucht worden (Sieverding, 1995; Maurischat & Mittag, 2004). Diese Ergebnisse entsprechen einer Rollenbelastungshypothese (Greenhaus & Beutell, 1985), die besagt, dass berufstätige Frauen unter Rollenüberlastungen durch Beruf, Haushalt, Partnerschaft und Elternschaft leiden. Des Weiteren verweist die Formulierung „mehr gesund als krank“ (Franke, 2010) auf die Grundannahme des salutogenetischen Modells nach Antonovsky (1979), dass Krankheit und Gesundheit nicht als gegensätzliche Begriffe gelten, sondern als ein Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Antonovsky definiert Stressoren als „eine von innen oder außen kommende Anforderung an den Organismus, die sein Gleichgewicht stören und die zur Wiederherstellung des Gleichgewichtes eine nicht-automatische und nicht unmittelbar verfügbare, energieverbrauchende Handlung erfordert“ (Antonovsky, 1979). Dabei betont Antonovsky, dass Gesundheit ein mehrdimensionales Geschehen ist und stark mit den entsprechenden individuellen und kulturellen Kontexten verbunden ist.

Die vorliegende Studie beschäftigt sich einerseits im individuellen Kontext, andererseits im multikulturellen Kontext mit der Frage, welche Risiko- und Schutzfaktoren für die seelische Gesundheit bei berufstätigen Frauen auftreten, um zu erforschen, was berufstätige Frauen gesund hält und welche Faktoren der seelischen Gesundheit bei berufstätigen Frauen zuträglich sind bzw. schaden. Somit können Schutz- und Risikofaktoren für die seelische Gesundheit von Frauen identifiziert werden, um Maßnahmen für die Verbesserung der Work-Life-Balance bei berufstätigen Frauen einzuführen.

Zunächst wird im folgenden Abschnitt der theoretische Hintergrund der vorliegenden Studie dargestellt. Im dritten Abschnitt werden die Fragestellungen und Hypothesen im Rahmen des theoretischen Hintergrunds beschrieben. Im vierten Abschnitt werden die Methoden erläutert, indem der Untersuchungsablauf und die Beschreibung der Erhebungsinstrumente erklärt werden. Zudem erfolgt eine deskriptive Beschreibung der Stichprobe. Im fünften Abschnitt werden die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt. Abschließend beinhaltet der sechste Abschnitt die Diskussion der Befunde.

2 Theoretische Grundlagen

In diesem Abschnitt werden die verschiedenen Theorien erläutert, die für die vorliegende Arbeit grundlegend sind. Zunächst wird die Definition von subjektiver Rollenqualität vorgestellt (Abschnitt 2.1). Des Weiteren werden seelische Gesundheit (Abschnitt 2.2) nach unterschiedlichen Perspektiven und zum Schluss verschiedene Theorien über die Work-Life-Balance (Abschnitt 2.3) beschrieben.

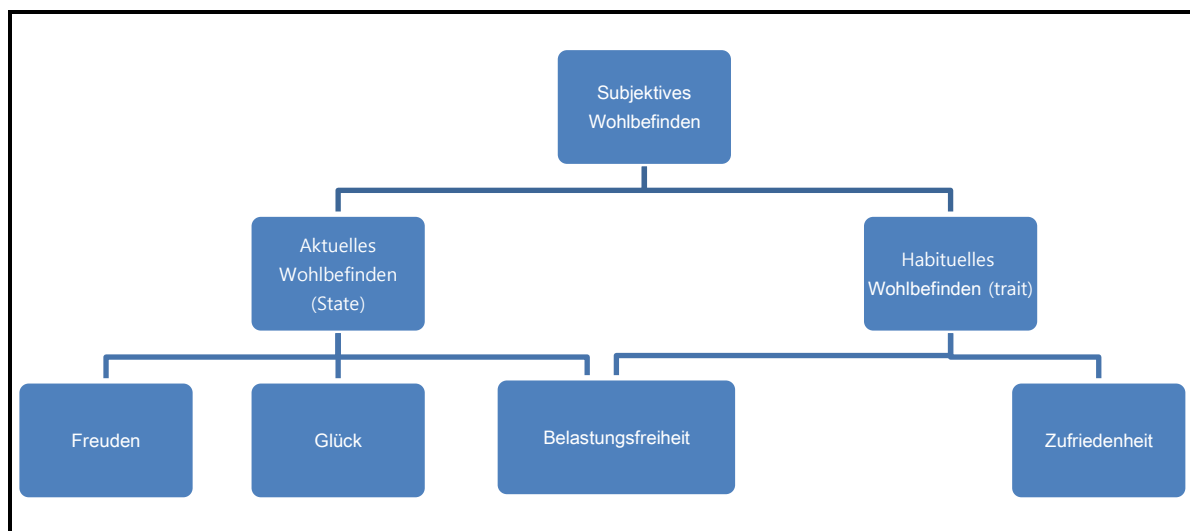
2.1 Subjektive Rollenqualitäten

Bei der Beschäftigung mit seelischer Gesundheit sollte die Definition von Wohlbefinden bzw. Lebensqualität mit einbezogen werden. In der Lebensqualitätsforschung bezeichnet „Lebensqualität“ das Gesamte der körperlichen, psychischen, sozialen und funktionalen Aspekte von menschlichem Erleben und Verhalten, wie sie von einer Person selbst geäußert werden (Bullinger, 1997). Wie bereits Gesundheit von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert wurde, ist „Gesundheit“ *„physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden (physical, mental and social well-being)“*. In der gesundheitsbezogenen Forschung werden „Wohlbefinden“ und „Lebensqualität“ synonym verwendet und in der vorliegenden Arbeit wird die gleiche Definition zugrunde gelegt. Nach Schumacher, Klaiberg und Brähler (2003) beinhaltet im Weiteren gesundheitsbezogene Lebensqualität vier wesentliche Bereiche, nämlich (a) krankheitsbedingte körperliche Beschwerden, (b) psychische Verfassung im Sinne von emotionaler Befindlichkeit, allgemeinem Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit, (c) erkrankungsbedingte funktionale Einschränkungen in alltäglichen Lebensbereichen wie Beruf, Haushalt und Freizeit sowie (d) Ausgestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und sozialer Interaktionen (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003). Stosberg (1994) hat darüber hinaus festgestellt, dass (a) seelische Gesundheit als zentrale Dimension von Lebensqualität erwartet wird, (b) Lebensqualität ein Konstrukt ist, das verschiedene Lebensbereiche (Gesundheit, Familie und Finanzen) erfasst, und (c) sowohl objektive Faktoren der Lebensumstände wie auch Prozesse ihrer subjektiven Wahrnehmung und Bewertung die Lebensqualität beeinflussen (Görtz, 2007).

Abbildung 2.1 schlüsselt subjektives Wohlbefinden nach dem Vier-Faktoren-Ansatz von Mayring (1991) auf. Das subjektive Wohlbefinden, das sich in ein aktuelles und in ein habituelles Wohlbefinden unterteilen lässt, wird aus vier Faktoren zusammengestellt, und

zwar aus (1) positiven Gefühlen (z.B. Freude und Glück), die kurzfristig und situationsspezifisch (aktuell) sind, (2) einem negativen Faktor (Freiheit von subjektiver Belastung), (3) einem kognitiven Faktor (Zufriedenheit) und (4) einem affektiven Faktor (Gefühl des Wohlbefindens), der als langfristiger, umfassender emotionaler Wohlbefindensfaktor bezeichnet werden kann. Bei der Freiheit von subjektiver Belastung wird Wohlbefinden als Balance zwischen positivem und negativem Befinden konzipiert, die beide relativ unabhängig voneinander variieren können (Görtz, 2007). Zusammenfassend kann das Wohlbefinden als ein eigenes Gefühl mit eigener Erlebnisqualität und als eine spezifische Kombination emotionaler und kognitiver Faktoren beschrieben werden.

Abb. 2.1: Vier-Faktoren-Ansatz des subjektiven Wohlbefindens nach Mayring (1991, S. 53)



Der Begriff „Rollenqualität“ wurde zum ersten Mal von Baruch und Barnett (1986) in der Forschung erwähnt und als subjektive Balance zwischen den positiven Aspekten von Tätigkeiten (Zufriedenheit bzw. Belohnungen) und den negativen Merkmalen (Belastungen) definiert. Im Kontext der Rollenqualität werden die Begriffe „Belohnung“ und „Zufriedenheit“ gleichgesetzt und im Folgenden wird der Begriff „Zufriedenheit“ verwendet. Im Rahmen der Rollenqualität wurden bislang zahlreiche Studien mit den Themenbereichen „Rollenkonflikt“, „Rollenbelastung“, „Beruf-Haus-Konflikt“ und „Beruf-Leben-Balance“ durchgeführt und verschiedene Ergebnisse dargestellt. Beispielsweise leiden berufstätige Frauen, die multiple Rollen als Hausfrau, Arbeiterin und Mutter haben, seltener unter Depressionen als die Frauen, die nur eine Rolle als Hausfrau haben (vgl. Baruch & Barnett, 1986), während die berufstätigen Frauen auf Grund der Rollenbelastung aus Beruf-Familie-Rollenkonflikten mehr psychische Belastungen aufweisen als Hausfrauen

(Greenhaus & Beutel, 1985). Nach Barnett und Hyde (2001) sind multiple Rollen eher vorteilhaft für berufstätige Frauen und Männer (Barnett & Hyde, 2001), jedoch ist es entscheidend, wie die eigene Rolle in den verschiedenen Lebensbereichen (z.B. als Mutter, als PartnerIn und als MitarbeiterInnen) erlebt bzw. wie gut ein Spagat zwischen diesen verschiedenen Rollen gehalten werden kann. Nach Pirolt und Schauer (2005) liegen Ressourcen bei berufstätigen Frauen, wenn diese verschiedenen Rollen in den verschiedenen Lebensbereichen gut koordiniert und kombiniert werden können.

OECD-Studie: Wichtigkeit für Lebensqualität

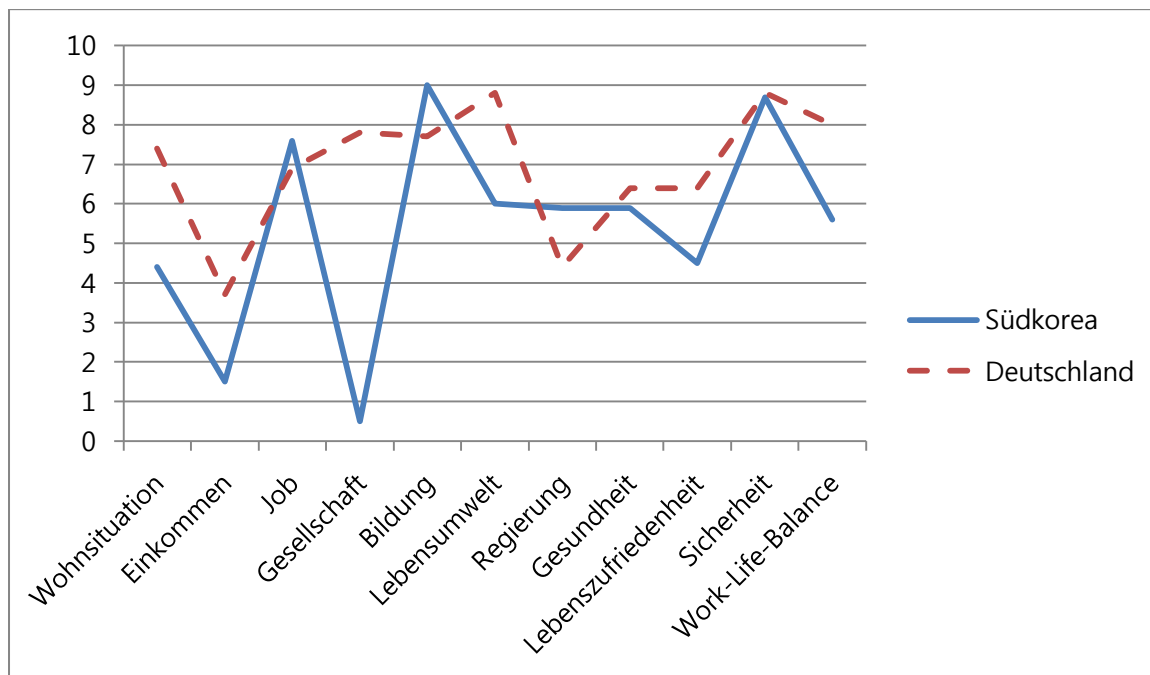
Eine Studie der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) gibt einen Überblick unter dem Titel „*Create your better life index*“ in den 34 OECD-Mitgliedsländern (OECD, 2012). Mit diesem Index wurde die Bedeutung von 11 verschiedenen Aspekten von Lebensbedingungen für die Lebensqualität gewichtet: Wohnsituation, Einkommen, Arbeitsplätze, Gemeinschaft, Bildung, Lebensumwelt, Regierung, Gesundheit, Lebenszufriedenheit, Sicherheit und Work-Life-Balance, das heißt, welche Lebensbedingungen, die aus materiellen Lebensbedingungen (Wohnsituation, Einkommen und Arbeitsplätze) und aus Lebensqualität (Gemeinschaft, Bildung, Umwelt, Regierung, Gesundheit, Lebenszufriedenheit, Sicherheit und Work-Life-Balance) bestehen, zum Wohlbefinden im Leben am meisten beitragen. Laut dem Bericht (2012) spiegeln diese 11 Perspektiven den Grad des Wohlbefindens wider. Darüber hinaus werden diese Aspekte mit einer 10-stufigen Likert-Skala in den OECD-Mitgliedsländern gemessen und verglichen. Im Folgenden werden sie genauer beschrieben:

- Wohnsituation (engl. „*Housing*“): eigenes Zimmer pro Person, eine Wohnung mit grundlegenden Einrichtungen
- Einkommen (engl. „*Income*“): verfügbares Einkommen bzw. finanzieller Wohlstand für Haushalt
- Arbeitsplätze (engl. „*Jobs*“): Arbeitsquote, langfristige Arbeitslosigkeitsquote
- Gemeinschaft (engl. „*Community*“): Qualität der Unterstützung aus Netzwerken
- Bildung (engl. „*Education*“): Bildungsstand, Lesekompetenz bei den Schülern
- Umwelt (engl. „*Environment*“): Luft, Umweltverschmutzung
- Regierung (engl. „*Governance*“): Anhörung zum Erlass von Vorschriften, Wahlbeteiligung
- Gesundheit (engl. „*Health*“): Lebenserwartung, selbst empfundene Gesundheit

- Lebenszufriedenheit (engl. „*Life Satisfaction*“): Zufriedenheit mit dem Leben
- Sicherheit (engl. „*Safety*“): Mordrate, Körperverletzungsrate
- Work-Life-Balance: Arbeitszeit, die Quote von Mitarbeiterinnen mit Kindern, Freizeit für Sport und Selbstfürsorge

Abbildung 2.2 zeigt die jeweils in Südkorea und Deutschland zugeschriebene Bedeutung der Lebensbereiche in Bezug auf die Lebensqualität im Vergleich. In Südkorea ist Bildung die wichtigste Perspektive für die Lebensqualität; die unwichtigste Perspektive bezieht sich auf die Gesellschaft. In Deutschland ist die wichtigste Perspektive Umwelt, während die unwichtigste Perspektive das Einkommen ist. Bei der Perspektive „Work-Life-Balance“ wird die Wichtigkeit in Bezug auf Lebensqualität in Deutschland höher bewertet als in Südkorea.

Abb. 2.2: Vergleich der zugeschriebenen Relevanz der verschiedenen Lebensbereiche im Zusammenhang mit der Lebensqualität in Südkorea und Deutschland nach OECD (2012; aus <http://oecdbetterlifeindex.org/topics/work-life-balance/>)



2. 2 Seelische Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat betont, dass es keine Gesundheit ohne seelische Gesundheit gibt. Seelische Gesundheit hat deshalb eine essentielle Bedeutung für jeden Menschen. Was bedeutet „seelische bzw. psychische Gesundheit“ aus einer wissenschaftlichen und psychologischen Perspektive? Im Alltag wird Gesundheit oft als Gegensatz zu Krankheit definiert. „Krankheit“ bedeutet subjektiv empfundene bzw. objektiv feststellbare körperliche und seelische Veränderungen bzw. Störungen (Pschyrembel, 1990). Nach Faltermaier (2005) ist Krankheit psychisch erlebbar in Form der wahrgenommenen Schmerzen und Beschwerden, der damit verbundenen Ängste, Belastungen und sonstiger Gefühle sowie der Bemühungen der Betroffenen, diese körperlichen und psychischen Veränderungen zu bewältigen. Laut der Definition der WHO ist Gesundheit der Zustand eines vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen. Wie Tabelle 2.1 zeigt, gibt es verschiedene Modelle, um Krankheit und Gesundheit zu beschreiben und zu erklären, und zwar das biomedizinische und das biopsychosoziale Krankheitsmodell in Bezug auf das pathogenetische Modell sowie das salutogenetische Gesundheitsmodell.

Tab. 2.1: Überblick über grundlegende Modelle (modifiziert nach Faltermaier, 2005, S. 52)

Modell	Pathogenese: Krankheitsmodell		Salutogenese: Gesundheitsmodell
	Biomedizinisches Krankheitsmodell	Biopsychologisches Krankheitsmodell	Salutogenetisches Gesundheitsmodell

Im Rahmen des biomedizinischen Modells entsteht die Krankheit durch biologische Faktoren, z.B. Gene oder Viren. Dass das biomedizinische Modell psychische und soziale Faktoren vernachlässigt, wird immer wieder kritisiert. Das biopsychosoziale Modell stellt eine Erweiterung des biomedizinischen Modells dar, da sowohl körperliche als auch psychosoziale Faktoren beachtet werden. Durch die beiden Krankheitsmodelle, das biomedizinische und das biopsychosoziale Modell, werden Gesundheit und Krankheit als Dichotomie bzw. Alles-oder-nichts-Phänomen angesehen; Krankheit wird somit als Abwesenheit von Gesundheit verstanden. Seit einiger Zeit gibt es ein weiteres Denkmodell (sog. „Salutogenesenmodell“), das nicht mehr Krankheit, sondern Gesundheit in den Mittelpunkt der wissenschaftlichen Betrachtung stellt (Faltermeier, 2005).

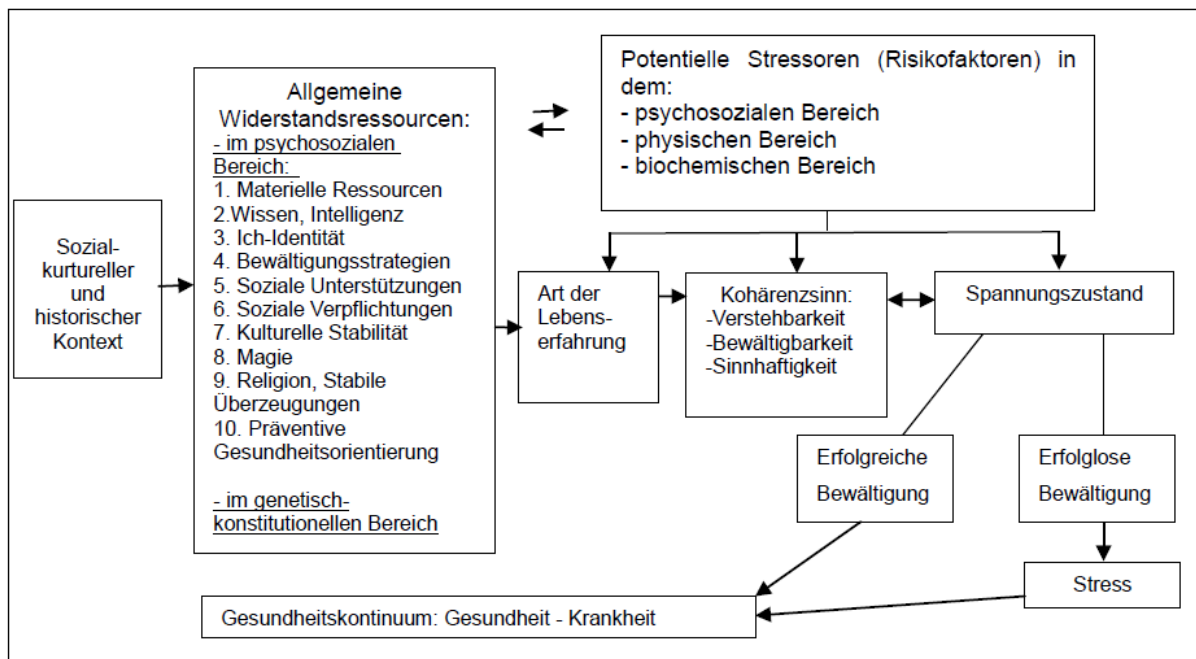
In der vorliegenden Studie wird diese seelische Gesundheit im Rahmen eines Querschnittsbereichs zwischen pathologischen und salutogenetischen Modellen erforscht. Durch diese Studie soll das Ziel verfolgt werden, die Risikofaktoren bzw. Schutzfaktoren für seelische Gesundheit vor dem Hintergrund des Familien- und Berufslebens bei berufstätigen Frauen zu identifizieren. Weiterhin werden Risiko- und Schutzfaktoren für seelische Gesundheit theoretisch erklärt und für die vorliegende Studie steht das Modell der Salutogenese im Vordergrund.

2.2.1 Das Modell der Salutogenese

Ein Gesundheitsmodell, das von Antonovsky (1979, 1987) stammt, besagt, dass Gesundheit eine dynamische Interaktion zwischen zahlreichen belastenden und entlastenden bzw. schützenden und unterstützenden Faktoren ist (Hurrelmann, 1994). Die zentrale Fragestellung im Gesundheitsmodell ist, warum sich Menschen in der Regel gute Gesundheit schaffen können, auch wenn verschiedene Belastungsfaktoren vorhanden sind. Mit anderen Worten soll eine wesentliche Aufgabe der Gesundheitsförderung in der Sicherung der Schutzfaktoren bestehen (Reimann & Hammelstein, 2006). Im Vergleich zu dem Gesundheitsmodell ist das Krankheitsmodell damit beschäftigt herauszufinden, welche Ursachen oder Bedingungen nur für Krankheiten verantwortlich sind.

Das Salutogenesemodell umfasst vier zentrale Komponenten, und zwar (1) das Gesundheitskontinuum, (2) die allgemeinen Widerstandsressourcen, (3) den Kohärenzsinn sowie (4) das Stresskonzept bzw. den Stressbewältigungsprozess. Abbildung 2.3 veranschaulicht die dynamische Interaktion aus diesen zentralen Komponenten. Im Folgenden wird jede einzelne der vier Komponenten erläutert.

Abb. 2.3: Das Modell der Salutogenese von Antonovsky (modifiziert nach Antonovsky, 1979, S. 184-185)



(1) Gesundheitskontinuum

In dem Modell der Salutogenese wird Gesundheit nicht als Gegensatz zur Krankheit verstanden, sondern als ein multidimensionales Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Damit stellt sich die Frage, welche Faktoren dafür entscheidend sein können, dass Menschen ihre Position auf dem Kontinuum beibehalten oder sich auf den gesunden Pol hinbewegen (Welbrink & Franke, 2000). Der positive Pol auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ist abhängig von der Ausprägung eines Kohärenzsinns. Auf den Kohärenzsinn wird noch genauer eingegangen.

(2) Allgemeine Widerstandsressourcen

Das Modell der Salutogenese beschreibt sowohl genetisch-konstitutionelle als auch psychosoziale Ressourcen, die die Fähigkeit eines Individuums ausmachen, Belastungssituationen und Spannungszustände zu bewältigen und Gesundheit zu fördern. Diese Ressourcen werden von Antonovsky (1979) als allgemeine Widerstandsressourcen (engl. „*generalized resistance resources*“) bezeichnet. Aus einer medizinischen Perspektive werden darunter die genetisch-konstitutionellen Ressourcen verstanden, die gegen Krankheitserreger und Stressoren immun machen (Hurrelmann, 1994). Wie in Abbildung 2.1 erwähnt, sind die psychosozialen Ressourcen z.B. materielle Ressourcen (z.B. Geld),

Wissen/Intelligenz, Ich-Identität, gute Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung, Verpflichtungen und kulturelle Stabilität.

Die Widerstandsressourcen können nach Antonovsky (1997) dann besonders effektiv gegen Stressoren und Spannungszustände wirken, wenn sie auf eine positive bisherige Lebensgeschichte und auf einen ausgeprägten Kohärenzsinn einer Person treffen (Hurrelmann, 1994).

(3) Kohärenzsinn

Nach Antonovsky (1997) ist der Kohärenzsinn (engl. „*sense of coherence*; SOC“) eine Hauptdeterminante sowohl dafür, welche Position man auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erhält, als auch dafür, ob man sich in Richtung des gesunden Pols bewegt. Der Kohärenzsinn wird folgendermaßen definiert:

„Der Kohärenzsinn ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

- 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind (sog. „Verstehbarkeit“);*
- 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen (sog. „Handhabbarkeit“);*
- 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen (sog. „Sinnhaftigkeit“) (Antonovsky, 1997, S. 36)“.*

Die genannten Kriterien sind die drei Faktoren, aus denen der Kohärenzsinn besteht, nämlich Verstehbarkeit (engl. „*sense of comprehensibility*“), Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (engl. „*sense of manageability*“) und Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (engl. „*sense of meaningfulness*“). Der erste Faktor der „Verstehbarkeit“ bezieht sich auf das Überzeugungsmaß, inwieweit ein eigenes Lebensereignis oder eigene Schicksalsschläge (z.B. Trennung, Tod, Krieg) kognitiv klar, strukturiert und sinnhaft wahrgenommen werden, im Gegensatz zu chaotisch, ungeordnet und zufällig. Der zweite Faktor „Handhabbarkeit“ hat eine enge Verbindung mit dem Begriff der Selbstwirksamkeit von Bandura (1977). In diesem Kontext handelt es sich um die Einschätzung, ob die eigene Lebensumwelt mitgestaltet werden kann und Ressourcen zur Verfügung stehen, um mit den Anforderungen wirkungsvoll umzugehen. Der dritte Faktor ist eine Erklärung für

„Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit“, die sich darauf bezieht, ob ein Sinn in der eigenen Lebensumwelt ausgemacht werden kann. Wie bereits erwähnt, ist die Ausprägung des Kohärenzsinnnes wichtig, um potenzielle Stressoren wahrzunehmen und zu beurteilen. Eine kohärente Lebenserfahrung führt zu generalisierten Widerstandsressourcen und diese sind individuelle Ressourcen, die eine effektive Spannungsbewältigung des Individuums ermöglichen (Müller-Christ, 2007).

(4) Stresskonzept/Stressbewältigungsprozess

Stressoren gelten als Krankheitsursachen im Rahmen des Modells der Pathogenese. Nach dem Modell der Salutogenese sind Stressoren verschiedene Formen von Belastungen aus Lebensereignissen für alle Menschen in der gesamten Lebensspanne. Stressoren erzeugen einen Spannungszustand, der durch die generalisierten Widerstandsressourcen und den Kohärenzsinn entweder zu dem positiven oder zu dem negativen Pol des Gesundheitszustands gerichtet wird. Nach Antonovsky (1997) bestehen Stressoren aus endogenen (z.B. psychische Konflikte, unbewusste Ängste) und exogenen Stressoren (z.B. Unfälle, soziale Konflikte), die wieder in physikalische bzw. biochemische Stressoren (z.B. Viren, Bakterien, Umweltschadstoffe) und psychosoziale Stressoren (z.B. Mobbing, Konflikt mit PartnerIn) unterteilt werden können.

Die Bewältigungshandlung erfolgt im Modell der Salutogenese analog zum kognitiv-transaktionalen Stressmodell von Lazarus (Bauer & Jenny, 2006). Wenn ein Stimulus vorkommt, wird er auf der ersten primären Bewertungsebene entweder als ein Stressor oder als ein Nicht-Stressor bewertet (sog. „*primary appraisal I*“). Danach wird beurteilt, ob der als Stressor wahrgenommene Stimulus für das Wohlbefinden bedrohlich, günstig oder irrelevant ist (sog. „*primary appraisal II*“). Wenn man hier den Stimulus entweder als günstig oder als irrelevant beurteilt, löst sich der Spannungszustand schnell auf. Andernfalls wird bewertet, wie belastet man emotional und funktional ist (sog. „*primary appraisal III*“). Parallel werden die Handlungsmöglichkeiten bewertet, die eine Person hat, um die Stressoren zu bewältigen (sog. „*secondary appraisal*“). Zum Schluss kann eine belastende Situation oder ein Stressor durch eine Stresssituation, in der die Stressoren erfolgreich bewältigt worden sind, als nicht mehr belastend erlebt werden (sog. „*reappraisal*“) und diese Erfahrung für die Bewältigung von Stressoren kann in einer nächsten belastenden Situation als verstärkte Ressource verwendet werden. Nach Antonovsky (1997) ist es wichtig, insbesondere im Hinblick auf den Aspekt der Gesundheit, genauer auf die Hypothese einzugehen, dass Personen mit einem starken Kohärenzsinn Stimuli wahrscheinlicher als Nicht-Stressoren oder als irrelevant oder

günstig definieren.

Zusammenfassend beschäftigt sich das Modell der Salutogenese nach Antonovsky (1979) mit der zentralen Frage, was Menschen gesund erhält. Wie eine Bewegung des Gesundheitszustands zum positiven oder zum negativen Pol auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erzeugt wird, hängt von den verfügbaren Widerstandsressourcen und dem Kohärenzsinn ab. Kritisch anzumerken ist, dass aufgrund der Komplexität des Salutogenesemodells eine Reihe von Annahmen gemacht wird, die empirisch schwer überprüfbar sind (Dlugosch, 1994). Im deutschen Sprachraum war der Trierer Persönlichkeitspsychologe Becker (1989) einer der ersten, der die Ideen der Salutogenese aufgegriffen und einer empirischen Überprüfung ausgesetzt hat (Faltermaier, 2005). Das Trierer Persönlichkeitsmodell wird im nächsten Kapitel 2.2.1.1 beschrieben.

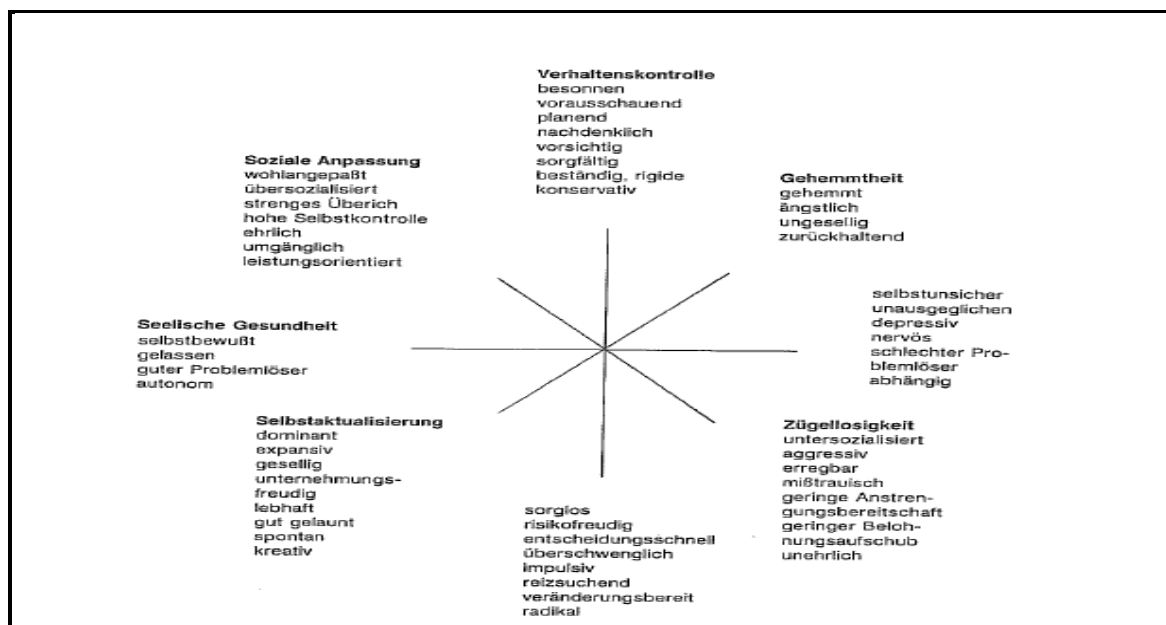
2.2.1.1 Das Trierer Persönlichkeitsmodell

Becker (1989) hat ein Persönlichkeitsmodell als erweitertes Modell der Salutogenese nach Antonovsky vorgeschlagen. Das Modell basiert auf dem Kontinuumsmodell der seelischen Gesundheit von Antonovsky, das davon ausgeht, dass eine Person nicht entweder seelisch gesund oder seelisch krank, sondern in einem unterschiedlichen Grad seelisch gesund oder seelisch krank ist und unterschiedliche Positionen auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum einnimmt (Becker, 1989).

Nach Becker (1989) ist es erforderlich, zwischen **seelischer Gesundheit** als momentanem **Zustand** (sog. „SGZU“) und **seelischer Gesundheit** als relativ stabiler **Eigenschaft** (sog. „SGE“) zu unterscheiden. Diese SGE wird als zentrale protektive Persönlichkeitseigenschaft angesehen und beeinflusst das Bewältigungsverhalten, das emotionale Verhalten und das Gesundheitsverhalten. Der SGZU ist ein aktueller Zustand für seelische Gesundheit, der abhängig von der spezifischen Lebensbelastung oder der belastenden Lebensbedingung ist. Wenn ein stabiler Wert des SGZU über einen längeren Zeitraum besteht, dann kann das eine SGE sein. Becker und Minzel (1986) haben vorgeschlagen, dass die Indikatoren für SGZU sich in den folgenden sieben Indikatorenbereichen unterscheiden und als Grundlage für SGE dienen können, und zwar: (a) negative vs. positive emotionale Befindlichkeit, (b) Energiemangel und Antriebsschwäche vs. hohes Energieniveau und Interesse, (c) Defensivität vs. Expansivität, (d) Funktions- und Leistungsstörungen vs. optimale Leistungsfähigkeit und Produktivität, (e) Selbstzentrierung vs. Selbsttranszendenz, (f) Hilfesuchen und Abhängigkeit vs. Autonomie, (g) geringeres vs.

hohes Selbstwertgefühl. Durch diese Basis wurde der Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF) entwickelt. Abbildung 2.4. zeigt die Hauptfaktoren des TPF, und zwar „seelische Gesundheit“ und „Verhaltenskontrolle“, und die Nebenfaktoren „soziale Anpassung vs. Zügellosigkeit“ und „Selbstaktualisierung vs. Gehemmtheit“. Mit anderen Worten können diese Indikatorenbereiche der seelischen Gesundheit und Verhaltenskontrolle als Superkonstrukte der Persönlichkeit angesehen werden, wobei seelische Gesundheit als die Fähigkeit zur Bewältigung der externen und internen Anforderungen, die aus Regulationskompetenz-, Selbstaktualisierungs- und Sinnfindungsmodelle der seelischen Gesundheit bestehen, verstanden werden kann.

Abb.2.4: Persönlichkeitsmodell (Becker, 1989, S. 33).



Anmerkung. Hauptfaktoren sind Verhaltenskontrolle (y-Achse) und seelische Gesundheit (x-Achse).

Des Weiteren besagt das Persönlichkeitsmodell von Becker, dass das aktuelle gesundheitsrelevante Verhalten und Erleben sowohl von Persönlichkeitsmerkmalen als auch von Anforderungen und Ressourcen der Umwelt abhängt (Görtz, 2007). Um seelisches Gesundheitsverhalten zu messen, wurde dieser Fragebogen in der vorliegenden Studie verwendet. Der Fragebogen des TPF wird in Kapitel 4.3.4 (S. 69) weiter erläutert.

2.2.2 Schutzfaktoren bzw. Bewältigungsressourcen

Die allgemeinen Widerstandsressourcen von Antonovskys Modell können in der Regel als Bewältigungsressourcen bzw. Gesundheitsressourcen, die als Synonym für Schutzfaktor verwendet werden, verstanden werden. Ressourcen stellen in einer Stresssituation keinen direkten Einfluss auf den seelischen Gesundheitszustand dar, aber sie können diesen indirekt ermöglichen oder erleichtern (Faltermaier, 2005). In der Regel werden die Ressourcen in personale und soziale Bewältigungsressourcen bzw. Schutzfaktoren nach Antonovsky (1979) unterteilt. Faltermaier (2005) hat diese Konzepte erweitert und die Bewältigungsressourcen werden noch differenzierter kategorisiert. Wie Tabelle 2.2 zeigt, werden die personal-psychischen und körperlichen Ressourcen als interne Bewältigungsressourcen von sozial-interpersonalen, soziokulturellen und materiellen Ressourcen als externe Bewältigungsressourcen unterschieden (Faltermaier, 2005).

Tab. 2.2: Gesundheitsressourcen (zusammengestellt aus Konzepten von Faltermaier, 2005)

	Bewältigungsressourcen	
Interne	Personal-psychische	Persönlichkeitsmerkmale: Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung, Optimismus, Gesundheitswissen und die Intelligenz, Widerstandfähigkeit, Selbstwertgefühl, Ich-Identität Handlungskompetenzen: Coping-Strategien, soziale Kompetenzen, präventive Lebensorientierung
	Körperlich-konstitutionelle	Immunkompetenz, Stabilität des vegetativen und kardiovaskulären Systems, körperliche Fitness, Körpergefühl
Externe	Sozial-interpersonale	Soziale Unterstützung: Soziale Unterstützungsressourcen, soziale Netzwerke, Vertrauensbeziehungen in der sozialen Beziehung
	Soziokulturelle	Kulturelle Stabilität und kollektive Überzeugung aus Religion oder Philosophie
	Materielle	Geld, Vermögen, Güter, Dienstleistung

Im Rahmen der vorliegenden Studie werden Risiko- und Schutzfaktoren für seelische Gesundheit nach personaler, sozial-interpersonaler und soziokultureller Perspektive erforscht. Aus diesem Grund werden in den nächsten Abschnitten personal-psychische (Abschnitt 2.2.2.1), sozial-interpersonale (Abschnitt 2.2.2.2) und soziokulturelle (Abschnitt 2.2.2.3) Bewältigungsressourcen dargestellt.

2.2.2.1 Personal-psychische Bewältigungsressourcen

Wie bereits erwähnt, sind personal-psychische Bewältigungsressourcen ein Teil der internen Bewältigungsressourcen. Zu den personal-psychischen Bewältigungsressourcen werden allgemeine Persönlichkeitsmerkmale und Handlungskompetenzen gezählt.

Persönlichkeitsmerkmale

Neben den Persönlichkeitsmerkmalen wie Selbstvertrauen, Optimismus oder Neurotizismus sind hier vor allem komplexere situationsübergreifende Handlungsmuster, Coping-Stile und kognitive Überzeugungssysteme (Kontrollüberzeugungen) zu nennen, die einen Einfluss darauf haben, wie anfällig eine Person für potenzielle Stressoren ist (Schaper, 2006). Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit bilden sich in einem Prozess der Urteilsbildung zu der Frage, inwieweit man sich in einer gegebenen Situation dazu in der Lage fühlt, die Situation zu beeinflussen und zu kontrollieren (Hurrelmann, 1994). Dabei wird diese Kontrollüberzeugung nach Rotter (1966) in zwei Formen unterteilt, und zwar in internale und externale Kontrollüberzeugungen. Die internale Kontrollüberzeugung bezieht sich auf die Vorstellung einer Person, Ereignisse im Leben in unterschiedlichem Maße selbst beeinflussen zu können. Im Gegensatz dazu beinhaltet die externale Kontrollüberzeugung, eher davon auszugehen, dass Entwicklungen von außen verursacht werden und nicht beeinflussbar sind. External orientierte Menschen reagieren mit höheren Stressempfindungen in einer Belastungssituation als internal orientierte Menschen (Schuler, 2001). „Selbstwirksamkeit“ ist ein ähnlicher Begriff, ebenso „Kohärenzsinn“ (siehe Abschnitt 2.1.1). Wie bereits erwähnt, können die Menschen, die zu einem stärkeren Kohärenzerleben tendieren, besser mit Stresssituationen umgehen. „Optimismus“ kann verstanden werden als habituelle Tendenz, die Dinge zuversichtlich zu sehen und selbst in schwierigen Situationen positive Ergebnisse zu erwarten (Carver & Scheier, 2002; Auhagen, 2004). In der positiven Psychologie kann der Begriff „Positives Denken“ Optimismus, Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeitserwartungen und positiv konnotierte Bewältigung (z.B. Humor, Hoffnung) umfassen. Nach Faltermeier (2005) können Gesundheitswissen und Intelligenz als gesundheitliche Ressourcen (Antonovsky, 1979) wirksam werden, weil sie sowohl die Bewältigung von Belastungen erleichtern als auch einen rationalen Umgang mit der eigenen Gesundheit fördern können (Faltermeier, 2005). Schließlich sind hohe Widerstandsfähigkeit, stabiles Selbstwertgefühl und stabile Ich-Identität auch gute Voraussetzungen, um eine schwierige Lebenssituation zu bewältigen.

Handlungskompetenzen

Neben den kognitiven Persönlichkeitsmerkmalen sind adäquate Handlungskompetenzen besonders wichtig, um effektiv und rechtzeitig Bewältigungsmöglichkeiten in einer schwierigen Lebenssituation zu finden und danach zu handeln. Wie Tabelle 2.2 zeigt, beinhalten Handlungskompetenzen Coping-Strategien, soziale Kompetenzen und präventive Lebensorientierung. Coping-Strategien (Bewältigungsstrategien) beziehen sich auf den Versuch, den inneren oder äußeren Anforderungen, die als belastend oder überfordernd empfunden werden, so zu begegnen, dass negative Konsequenzen vermieden werden (Lazarus & Folkman, 1984; Zimbardo & Gerring, 1996), wobei die vorhandenen Ressourcen eine wichtige Rolle für die Stressbewältigung spielen. Lazarus (1999) unterscheidet drei Arten von Coping-Strategien, und zwar die problemorientierten, die emotionsorientierten und die bewertungsorientierten Coping-Strategien. Die problemorientierten Coping-Strategien beinhalten, dass in einer Stresssituation nach Veränderung dieser Situation durch direkte Handlungen gestrebt wird. Versucht eine Person in einer Belastungssituation, sich selbst auf der emotionalen Ebene, etwa durch Abbau emotionaler Erregung, Ablenkung, Bagatellisierung, zu ändern, wird dies als emotionsorientierte Coping-Strategie bezeichnet. Unter den bewertungsorientierten Coping-Strategien versteht man eine Neubewertung. Wenn eine Person unter Stress steht, kann sie ihr Verhältnis zur Umwelt kognitiv neu bewerten und dadurch besser mit dieser Stresssituation umgehen. Die bewertungsorientierten Coping-Strategien sind eine Kombinationsform zwischen beiden Strategien, problem- und emotionsorientierten Strategien.

Ein neuerer Ansatz, der sowohl die genannten personalen Ressourcen als auch Coping-Strategien zur Erklärung der Entstehung von Stress heranzieht, sind die arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM; Schaarschmidt & Fischer, 2008; Schaper, 2006). AVEM ist ein mehrdimensional persönlichkeitsdiagnostisches Verfahren, um Aussagen über gesundheitsförderliche bzw. -gefährdende Verhaltens- und Erlebensweisen bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen machen zu können (Schaarschmidt & Fischer, 2008). Mithilfe von vier Mustern werden diese Verhaltens- und Erlebensmuster unterschieden: (1) Gesundheitsförderliches Verhältnis zur Arbeit, (2) Schonungsmuster, (3) Risikomuster mit überhöhtem Arbeitsengagement, ähnlich Typ-A-Verhalten und (4) Risikomuster mit starker Resignationstendenz. Die Forschung von Dittmann und Weber (1982) zeigte das Ergebnis einer Beziehung zwischen den Persönlichkeitszügen (Typ-A-Verhalten) und der Wahrscheinlichkeit von Erkrankungen (besonders koronare Herzkrankheit). Unter Typ A-Verhalten wird eine Person verstanden,

die konkurrenzorientiert, aggressiv, ungeduldig, hektisch und feindselig ist (Zimbardo & Gerrig, 1996). Nach Antonovsky (1987) trägt das Typ-A-Verhalten zu koronarer Herzkrankheit, erlernte Hilflosigkeit zu Depression oder Internalisierung von Feindseligkeit zu Krebs bei (Antonovsky, 1987). Der AVEM kann Hinweise darauf geben, gesundheitsförderliche Verhaltens- und Erlebensmuster weiter zu fördern und gesundheitsgefährdende Verhaltens- und Erlebensmuster abzubauen. In der vorliegenden Studie wurde der Fragebogen AVEM verwendet, um gesundheitsförderliche und gesundheitsgefährdende Verhaltens- und Erlebensmuster für berufstätige Frauen zu finden. Der Fragebogen AVEM wird in Abschnitt 4.3.3 (S. 65) erläutert.

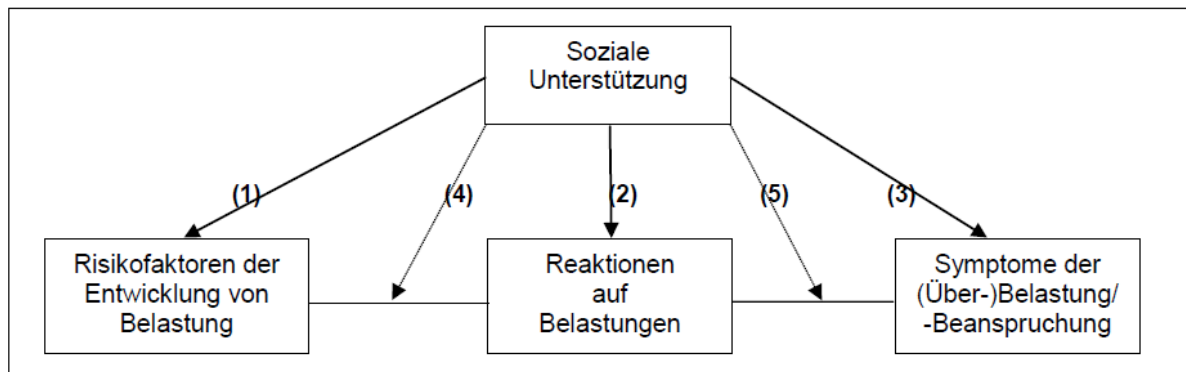
2.2.2.2 Sozial-interpersonale Bewältigungsressourcen

Wichtige Ressourcen aus dem Bereich der sozialen Umwelt sind soziale Unterstützung (Schaper, 2006) und soziale Interaktion. Nach Faltermaier (2005) beziehen sich sozial-interpersonale Ressourcen auf soziale Unterstützung, ein soziales Netzwerk und Vertrauensbeziehung in der sozialen Beziehung. In den letzten Jahren wurden die Begriffe „soziale Unterstützung“ und „soziales Netzwerk“ in qualitative und quantitative Merkmale sozialer Interaktionen unterschieden. Die soziale Unterstützung ist ein qualitativer Aspekt und das soziale Netzwerk ein quantitativer Aspekt (Antonucci, 2001).

Soziale Unterstützung

Dunkel-Schetter, Blasband, Feinstein und Bennet (1992) beschreiben soziale Unterstützung als Interaktion, in welcher der Unterstützungsempfänger Belastungen erlebt und der Unterstützungsgeber versucht, Unterstützung zu leisten (Kienle, Knoll & Renneberg, 2006). Soziale Unterstützung kann unterschiedliche Formen annehmen und entsprechende Funktionen für eine Person haben (House, 1981; Faltermaier, 2005). Bei sozialer Unterstützung wird zwischen informationeller (z.B. ein guter bzw. hilfreicher Rat), instrumenteller (z.B. Bereitstellung finanzieller Mittel) und emotionaler Unterstützung (z.B. Trost, Mitgefühl, Wärme) unterschieden.

Abb. 2.5: Soziale Unterstützung (modifiziert nach Hurrelmann, 1994, S.119).



Anmerkungen: (1) Abschirmwirkung (2) Pufferwirkung (3) Toleranzwirkung (4) Abschwächung der Beziehung zwischen Risikofaktoren und deren Reaktionen (5) Verminderung der Beziehung zwischen Reaktionen und deren Symptomen.

In Abbildung 2.5 sind die fünf Wirkungen der sozialen Unterstützung nach Hurrelmann (1994) dargestellt, wobei drei direkte Hauptwirkungen von zwei indirekten Wirkungen unterschieden werden können. Zum einen kann soziale Unterstützung die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten belastender Situation senken, was als „sog. Abschirmwirkung“ bezeichnet wird. Soziale Unterstützung kann zum anderen helfen, besser auf Belastungssituationen zu reagieren (sog. „Pufferwirkung“) und des Weiteren dazu beitragen, besser mit bereits eingetretenen Symptomen der Belastung umzugehen (sog. „Toleranzwirkung“). Zusätzlich haben soziale Unterstützungen interaktive Wirkungen bei (4) und (5) der Abbildung. Die vierte Wirkung ist die Abschwächung der Beziehung zwischen Risikofaktoren und deren Reaktion und die fünfte die Verminderung der Beziehung zwischen Reaktion und Auftreten von Symptomen der (Über-)Belastung (Hurrelmann, 1994). Beispielsweise hilft diese soziale Unterstützung, alltägliche und berufliche Probleme zu bewältigen, kritische Lebensereignisse zu bestehen und Gesundheit zu fördern (Allenspach & Brechbühler, 2005).

Soziale Netzwerke

Wie bereits beschrieben, ist das soziale Netzwerk ein quantitativer Aspekt sozialer Interaktion, während die soziale Unterstützung ein qualitativer Aspekt ist. Unter einem sozialen Netzwerk kann das Gefüge von sozialen Beziehungen verstanden werden, in das eine Person einbezogen ist (Hurrelmann, 1994). Gemeint ist ein informelles und alltägliches Hilffssystem durch nahestehende Personen, z.B. Verwandte, Eltern, Freunde, Bekannte

(Kienle, Knoll & Renneberg, 2006). Zudem sind nach Hurrelmann (1994) nicht nur Netzwerkmerkmale wie Dauerhaftigkeit, Häufigkeit und Intensität der Interaktionen von Bedeutung für die Qualität der Unterstützung, sondern auch die Typen von unterstützendem Verhalten, wie z.B. emotionale, instrumentelle und informationelle Unterstützung. Laireiter (1993) unterscheidet die Netzwerkdimensionen nach ihrer Struktur (Größe, Vernetzung und Dichte von Netzwerken), Reaktion-Interaktion (Dauer, Frequenz und Art der Kontakte), Inhalt-Funktion (Unterstützung oder auch Belastung der Akteure des sozialen Netzwerkes) und Evaluation (Zufriedenheit der Netzwerkteilnehmer) (Kienle, Knoll & Renneberg, 2006).

2.2.2.3 Sozio-kulturelle Bewältigungsressourcen

Wie Tabelle 2.2 veranschaulicht, gehören sozio-kulturelle Bewältigungsressourcen zu den externen Gesundheitsressourcen. Unter Sozio-Kultur wird der enge Zusammenhang zwischen sozialen und kulturellen Aspekten gesellschaftlicher Gruppen und ihren Wertesystemen verstanden (Knoblich, 2001). Laut Faltermaier (2005) gehen sozio-kulturelle Ressourcen über das Individuum und seine Lebenswelt hinaus und sind in der gesellschaftlichen und kulturellen Umwelt verankert. Nach Antonovsky (1979) beinhalten sie kulturelle Stabilität und kollektive Überzeugung aus Religion oder Philosophie. Kultur ist ein wesentliches Kriterium und die wirkungsvollste und tiefste Leistung, die mit der gesellschaftlichen und politischen Struktur verbunden ist (Hansen, 2003). Die kulturelle Stabilität entsteht durch gesellschaftliche und politische Überzeugungen bzw. religiöse und philosophische Überzeugungen von Normalität. Durch schnellen gesellschaftlichen Wandel (z.B. einen politischen Systemwechsel) oder große kulturelle Brüche (z.B. durch Migration) wird die kulturelle Stabilität gefährdet (Faltermaier, 2005), was letztendlich den Bewältigungsressourcen schadet. Bisher werden Schutzfaktoren bzw. Bewältigungsressourcen für seelische Gesundheit nach verschiedenen Perspektiven betrachtet. Im nächsten Abschnitt 2.2.3 werden die Risikofaktoren für seelische Gesundheit erläutert.

2.2.3 Risikofaktoren

Seit den 1950er Jahren wurden im Sinne des Risikofaktorenmodells große prospektive

epidemiologische Studien durchgeführt, um die Ätiologie und Pathogenese der koronaren Herzerkrankung (KHK) mit ihren potenziellen Ursache- bzw. Auslösebedingungen zu klären (MacMahon & Lip 2002; Dörner & Muthny, 2005). In der Framingham-Studie, die eine berühmte Untersuchung dafür ist, wurde beispielsweise der Frage nachgegangen, welche Risikofaktoren mit Herz- und Kreislauferkrankungen zusammenhängen. Dadurch stellten sich folgende Faktoren heraus: (a) somatische Risikofaktoren, z.B. hoher Blutdruck, erhöhtes Cholesterin und Übergewicht, (b) verhaltensbezogene Risikofaktoren, z.B. Rauchen, Alkoholkonsum und Bewegungsmangel sowie (c) psychosoziale Risikofaktoren, z.B. Stress und Persönlichkeitsmerkmale (Haynes, Feinleib & Kannel, 1980).

Der Risikofaktor ist das Ergebnis der Interaktion verschiedener Faktoren, die Krankheiten verursachen (Faltermaier, 2005). Da psychische Gesundheitsprobleme mindestens jede vierte Person einmal im Leben betreffen (WHO, 2006), wird seelische Gesundheit bzw. psychisches Wohlbefinden in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitswissenschaft sowie z.B. in der klinischen Psychologie, der Verhaltensmedizin, der Psychosomatik, der Gesundheitspsychologie und der medizinischen Psychologie zunehmend untersucht. Im Kontext der Epidemiologie und Präventivmedizin werden unter Risikofaktoren alle Einflussfaktoren verstanden, deren Vorhandensein zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko führt (Trojan & Legewie, 2000). Gesundheitliche Risiken werden nicht objektiv wahrgenommen, sondern subjektiv unterschiedlich verarbeitet (Faltermaier, 2005). In der vorliegenden Arbeit werden unter „Risikofaktoren“ Einflussfaktoren verstanden, die sich auf Familie, Beruf und Gesellschaft beziehen und sich auf die seelische Gesundheit bei berufstätigen Frauen auswirken. Berufsbezogene Risikofaktoren werden im folgenden Abschnitt 2.2.3.1 und familienbezogene Risikofaktoren in Abschnitt 2.2.3.2 untersucht.

2.2.3.1 Berufsbezogene Risikofaktoren

Einerseits liefert der Beruf zahlreiche Gesundheitsrisiken, andererseits bietet er auch positive Wirkung im gesamten Leben, z.B. Selbstentfaltung, Persönlichkeitsentwicklung und Wohlbefinden (Bamberg, Ducki & Metz, 1998). Tabelle 2.3 zeigt Belastungen und Ressourcen im Arbeitsleben. Die Belastungsfaktoren werden in der vorliegenden Studie als Synonym für Risikofaktoren verwendet. In dieser Darstellung resultieren die Belastungen des Arbeitslebens aus Über- und Unterforderung, unflexibler und ungünstiger Arbeitszeit, Konfliktsituationen und zeitlicher Unvereinbarkeit zwischen Privat- und Berufsleben. Je mehr

diese Merkmale auf einen Arbeitsplatz zutreffen, desto höher ist die allgemeine Belastung von Arbeitenden und desto wahrscheinlicher ist das Auftreten von psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen (Hurrelmann, 1994). Diese berufsbezogenen Belastungsfaktoren spielen eine wichtige Rolle für die Entstehung psychischer Störungen (Zwerenz, Knickenberg, Schattenburg & Beutel, 2004).

Tab. 2.3: Ressourcen und Belastungen in der Arbeitswelt nach dem psychosozialen Aspekt (Deplazes & Künzli, 2010, S. 439)

Bereiche der Arbeitswelt	Ressourcen	Belastungen
Arbeitsaufgabe und -organisation	<ul style="list-style-type: none"> - Entscheidungsspielräume, Kontrolle - Mitsprachemöglichkeit - Offensive Kommunikation und Feedback - Anforderungsvielfalt - Möglichkeiten der Handlungsregulation 	Quantitative oder qualitative Überforderung bzw. Unterforderung
Arbeitszeit	<ul style="list-style-type: none"> - Flexible, individualisierte Arbeitszeitmodelle - Ausreichende Regenerationsphase 	<ul style="list-style-type: none"> - Nacht- und Schichtarbeit - Lange Arbeitszeiten - Arbeit auf Abruf
Soziales Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> - Soziale Unterstützung - Anerkennung der Leistungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Konflikte mit Kollegen, Vorgesetzten oder Kunden - Mobbing
Berufliche Statuskontrolle	<ul style="list-style-type: none"> - Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsplatzunsicherheit - Kurzarbeitsverträge
Verhältnis Berufs- und Privatleben	<ul style="list-style-type: none"> - Work-Life-Balance 	<ul style="list-style-type: none"> - Zeitliche Unvereinbarkeit

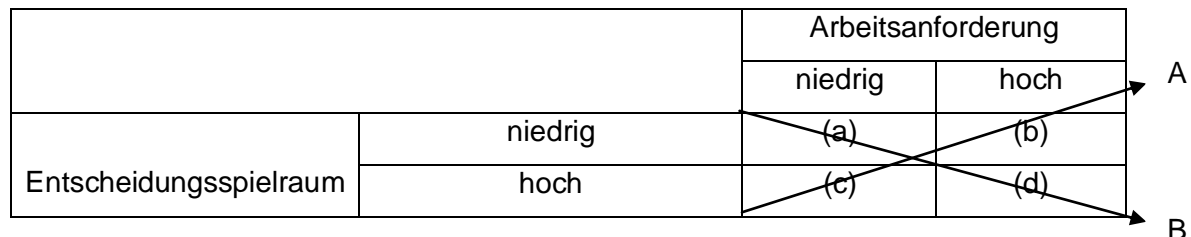
Es gibt verschiedene Erklärungsmodelle dafür, wie seelische Gesundheit durch berufsbezogene Risikofaktoren beeinträchtigt wird. Zunächst werden zwei psychosoziale Risikomodelle vorgestellt, nämlich das Job-Demand-Control-Modell (JDC; Arbeitsanforderungs-Entscheidungsspielraum-Modell; Karasek & Theorell, 1990) und das Effort-Reward-Imbalance-Modell (ERI-Modell; Siegrist, 1996), um einen Zusammenhang zwischen berufstypischen Risikofaktoren und Beeinträchtigung seelischer Gesundheit näher zu erläutern.

Job-Demand-Control-Modell (JDC; *Arbeitsanforderungs-Entscheidungsspielraum-Modell*; Karasek & Theorell, 1990)

Im Job-Demand-Control-Modell wird eine Stresssituation als eine Zusammenwirkung der Anforderungen einer Arbeitsaufgabe (engl. „demand“) und dem Entscheidungsspielraum

einer Person (engl. „*decision latitude*“) definiert (Nerdinger, Blickle & Schaper, 2008).

Abb. 2.6: Das Arbeitsanforderungs-Entscheidungsspielraum-Modell (modifiziert nach Theorell & Karasek, 1996, S. 11).



Anmerkungen. A ist Fehlbeanspruchung und B ist Fähigkeitsentwicklung. (a) passive Tätigkeit, (b) hoch beanspruchende Tätigkeit, (c) gering beanspruchende Tätigkeit und (d) aktive Tätigkeit.

Wie Abbildung 2.6 veranschaulicht, besagt das JDC-Modell, dass eine Kombination zwischen hohen Arbeitsanforderungen (engl. „*job demand*“) und geringem Entscheidungsspielraum (engl. „*control/decision latitude*“) im Arbeitsleben zu einem erhöhten seelischen Belastungserlebnis führt und psychosomatische Krankheiten, z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, (Theorell & Karasek, 1996) verursacht, wenn diese seelische Belastung langfristig chronisch erlebt wird (b). Im Gegensatz dazu wird eine Arbeitstätigkeit kaum belastend erlebt (c) bei niedriger Arbeitsanforderung mit hohem Entscheidungsspielraum. Die seelische Fehlbeanspruchung (z.B. psychische Ermüdung, psychische Sättigung) wird erlebt, wenn die Arbeitsanforderung mit einem gesunkenen Entscheidungsspielraum immer stärker erhöht wird. In dieser Abbildung bewirkt eine hohe Arbeitsanforderung mit hohem Entscheidungsspielraum (d) eine erhöhte Arbeitsmotivation (z.B. sich weiterzubilden), während eine niedrige Arbeitsanforderung mit niedrigem Entscheidungsspielraum zu einer entspannten und passiven Arbeitstätigkeit (a) führt. Steigende Arbeitsanforderungen in Kombination mit erhöhten Entscheidungsspielräumen bewirken eine Steigerung in Richtung Fähigkeitsentwicklung. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass steigende Arbeitsanforderungen und ein geringer Entscheidungsspielraum gesundheitliche Risiken erzeugen.

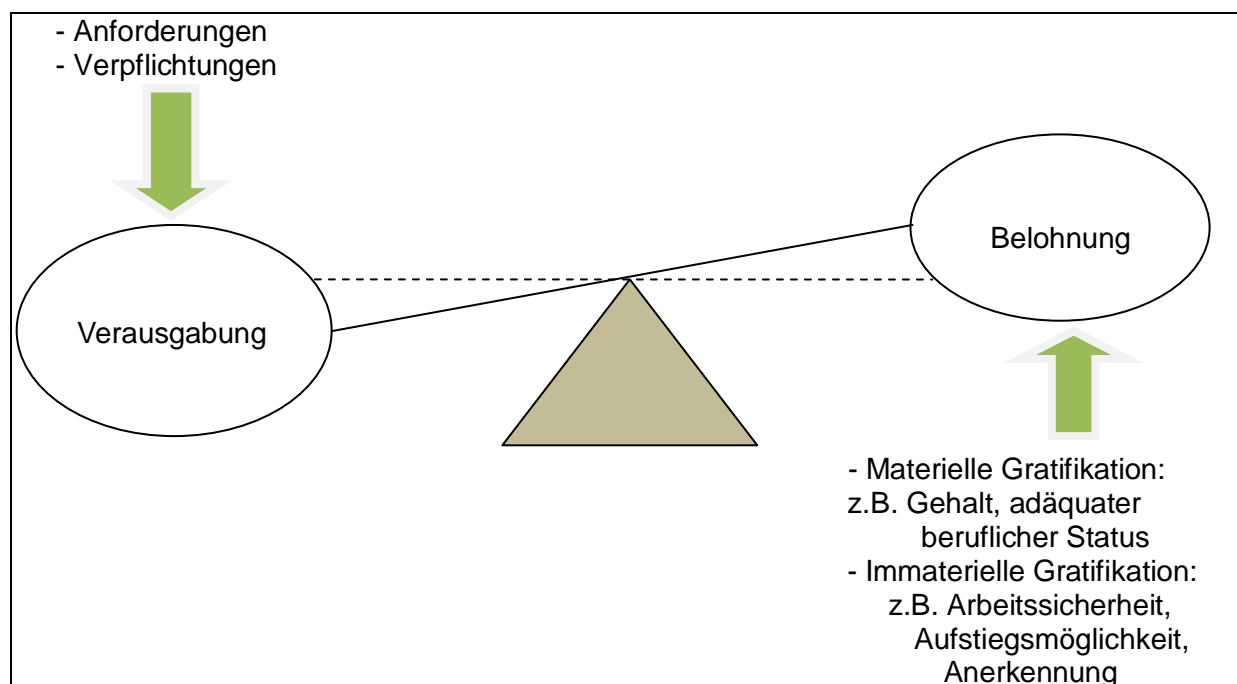
Das Arbeitsanforderungs-Entscheidungsspielraum-Modell wird von Johnson und Hall (1988) um den moderierenden Faktor „soziale Unterstützung“ ergänzt. Ein Risiko für die Richtung zur seelischen Fehlbeanspruchung (A) wird durch soziale Unterstützung

vermindert. Durch wahrgenommene soziale Unterstützung werden Menschen bestärkt, somit besteht die Möglichkeit, dass sie in einer schwierigen Situation weniger schnell verunsichert sind (Nerdinger, Blickle & Schaper, 2008). Das Modell macht aber keine Aussage darüber, inwiefern Menschen individuelle Unterschiede in der Wahrnehmung der Bewältigung dieser Bedingungen und der Entwicklung von Stresssymptomen zeigen (Schaper, 2006). Im Folgenden werden individuelle Unterschiede durch das Effort-Reward-Imbalance-Modell nach Siegrist (1996) näher erklärt.

Effort-Reward-Imbalance (ERI)-Modell (Siegrist, 1996)

Das Modell der Effort-Reward-Imbalance (ERI) von Siegrist (1996) konzentriert sich auf das Verhältnis von Belohnungen (engl. „reward“) und Verausgabungen (engl. „effort“) in Bezug auf Arbeit. Die Belohnungen beinhalten sowohl materielle (z.B. Gehalt, adäquater beruflicher Status) als auch immaterielle (z.B. Arbeitssicherheit, Aufstiegsmöglichkeit, Anerkennung) Gratifikationen (siehe Abb. 2.7). Im Modell wird angenommen, dass berufsbezogene Belastungen ein Ergebnis von Ungleichgewicht zwischen geforderter Verausgabung und erwarteter bzw. erfahrener Belohnung sind. Aus diesem Grund wird dieses Modell auch berufliches Gratifikationskrisenmodell genannt.

Abb. 2.7: Effort-Reward-Imbalance-Modell (modifiziert nach Siegrist, 1996)



Das Ungleichgewicht zwischen Verausgabungen und Belohnungen kann durch drei Bedingungen aufrechterhalten werden:

- (1) Wenn es keine Alternative gibt, einen anderen Arbeitsplatz zu finden,
- (2) wenn das Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung durch Mitarbeitende als Aufstiegschance wahrgenommen wird und
- (3) wenn die betroffene Person übermäßige Arbeitsbereitschaft (engl. „*Overcommitment*“) besitzt, wodurch die erbrachte Verausgabung die hierfür erhaltene Belohnung häufig übersteigt.

In Bezug auf die Bedingungen des Ungleichgewichts können externe und interne Belastungsfaktoren voneinander unterschieden werden. Externe Belastungsfaktoren entstehen durch von außen gestellte Anforderungen und Verpflichtungen (z.B. Arbeits- und Zeitdruck, begrenzte Arbeitswahl auf Grund eines niedrigen qualifizierten Bildungsniveaus); interne Belastungsfaktoren hingegen stellen eine hohe berufliche Kontrollbestrebung bzw. übersteigerte Verausgabungsneigung (engl. „*Overcommitment*“) dar. Das Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung wird schließlich durch die genannten internen und externen Belastungsfaktoren aufrechterhalten. Mit Hilfe dieser theoretischen Grundlagen entwickelte Siegrist (1996) den Fragebogen für das Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung (Effort-Reward-Imbalance; ERI), welcher in Abschnitt 4.3.2 (S. 64) erläutert wird. Bisher konnte mehrfach belegt werden, dass alleine schon die Effort-Reward-Imbalance, also das Ungleichgewicht in Form eines hohen Aufwandes und eines kleinen Ertrages, körperliche Erkrankungen, insbesondere Herzinfarkte, voraussagen kann (z.B. Schnall, Belkic, Landsbergis & Baker, 2000).

2.2.3.2 Familienbezogene Risikofaktoren

Familiäre Risikofaktoren für seelische Gesundheit sind beispielsweise Konflikte, schlechte Kommunikation mit PartnerInnen, ungleiche Verteilung von Haushaltspflichten, Sorgen und Probleme mit heranwachsenden Kindern. Ein Bericht des Bundesministeriums für Familie und Senioren (BMFS, 1994) zeigt folgende familiäre Risikofaktoren auf:

- (a) ungünstige, durch gleichzeitige Enge und soziale Isolation gekennzeichnete

Wohnverhältnisse,

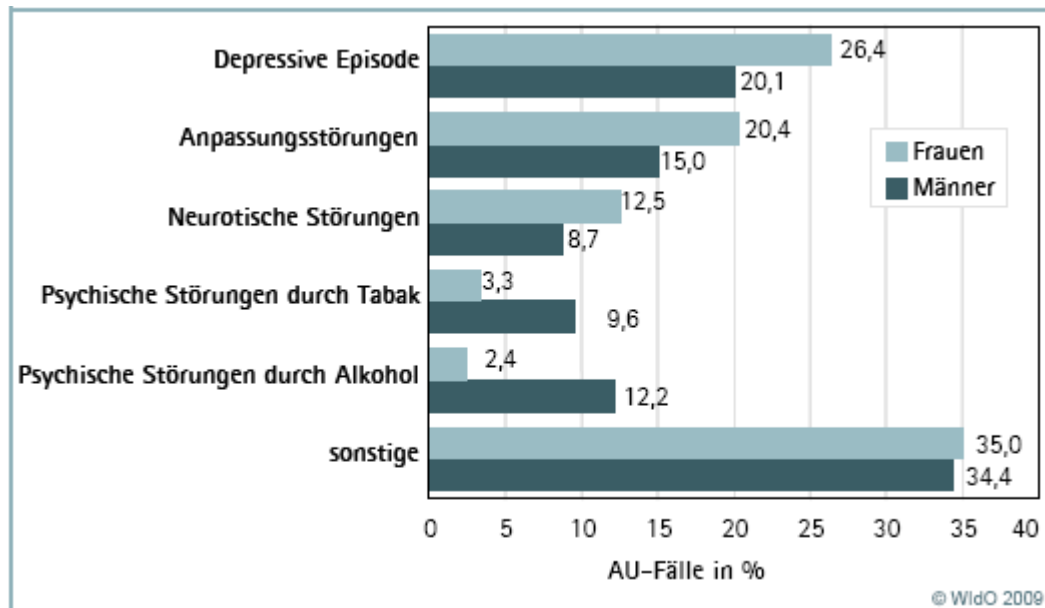
- (b) das Fehlen von abrufbaren Unterstützungsleistungen durch Verwandte und Freunde,
- (c) entwicklungsbedingte Persönlichkeitsdefizite auf Seiten der Eltern, die sich in geringer Frustrations- und Ambiguitätstoleranz äußern,
- (d) eine unerfüllte und/oder gestörte Partnerbeziehung,
- (e) gestörte Eltern-Kind-Beziehungen,
- (f) fehlende Kommunikations- und Konfliktregelungskulturen innerhalb der Familie sowie
- (g) der plötzliche Verlust von Familienmitgliedern (BMFS, 1994; Schnabel, 2001).

Durch zahlreiche Studien wird bestätigt, dass die genannten familienbezogenen Risikofaktoren, z.B. in der Elternschaft (vgl. z.B. Gater, Dean & Morris, 1989) und im Haushalt (vgl. z.B. McGrath, Keita, Strickland & Russo, 1990), die seelische Gesundheit von Frauen stärker beeinflussen als die von Männern (vgl. z.B. Emslie, Hunt & Macintyre, 2004). Die Mehrfachbelastung als Hausfrau, Mutter und Berufstätige stellt einen erhöhten Stressfaktor dar und beeinflusst die Gesundheit von Frauen negativ (Homfeldt & Steigleder, 2003). Gleichzeitig erhalten Frauen weniger Belohnung bzw. Anerkennung (Becker-Schmidt, 2003). Als Schlussfolgerung folgt hieraus, dass Frauen potenziell größeren Risikofaktoren in Bezug auf ihre seelische Gesundheit ausgesetzt sind als Männer. Jene ungünstigen Bedingungen für die seelische Gesundheit von Frauen werden im nächsten Abschnitt, 2.2.3.3 zu den geschlechtsbezogenen Risikofaktoren näher beschrieben.

2.2.3.3 Geschlechtsbezogene Risikofaktoren

In der folgenden Abbildung 2.8 ist deutlich zu erkennen, dass Frauen häufiger unter psychischen Erkrankungen und Störungen wie etwa psychosomatischen Störungen oder Angststörungen leiden als Männer; diese hingegen leiden öfter unter Substanzabhängigkeiten oder Persönlichkeitsstörungen als Frauen.

Abb. 2.8: Ausgewählte psychische Erkrankungen nach Geschlecht im Jahr 2008 bei AOK-Mitgliedern (aus dem wissenschaftlichen Institut der AOK, 2009)



Diese psychischen Erkrankungen führen immer häufiger zu den Arbeitsunfähigkeitsfällen bzw. Frühberentungen (Wissenschaftliches Institut der AOK, 2006). Werden die Unterschiede zwischen den Geschlechtern für die Gründe der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen von psychischen Erkrankungen berücksichtigt, stimmen die Ergebnisse mit jenen aus Abbildung 2.8 überein (vgl. z.B. BundesPsychotherapeutenKammer (BPtK)-Studie, 2011): Bei Frauen treten relativ häufiger Arbeitsunfähigkeitsfälle auf als unter Männern (vgl. z.B. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2006). Hieraus ergeben sich v.a. folgende weitere relevante Fragen: (1) „Warum treten diese Unterschiede zwischen Frauen und Männern auf?“, (2) „Warum leiden Frauen häufiger unter psychischen Erkrankungen als Männer?“ und (3) „Warum sind berufstätige Frauen häufiger von Arbeitsunfähigkeit betroffen als berufstätige Männer?“

Frauen und Männer unterscheiden sich nicht nur in ihrer gesundheitlichen Situation, sondern auch in den psychischen und sozialen Bedingungen, unter welchen sie stehen und die zu Gesundheit und Krankheit beitragen (Faltermaier, 2005). Diese Phänomene können durch sozial-strukturelle und psychosoziale Faktoren erklärt werden; auf Grund dessen sollten Frauen und Männer entsprechend auf unterschiedlichen Wegen angesprochen werden (Riecher-Rössler & Bitzer, 2005). Bei den sozial-strukturellen Faktoren handelt es sich um einen Einfluss sozialer Prägung auf die geschlechtsspezifische Aneignung von Verhaltensweisen (Kämmerer, 2000). Darunter fallen Unterschiede in der

Einkommensstruktur, den Beschäftigungsverhältnissen, der Paar- und Familienstruktur und den unterschiedlichen Rollen, den sog. Geschlechtsstereotypen (Hammelstein, Pohl, Reimann & Roth, 2008). Durch zahlreiche Untersuchungen wurde bezüglich dieses Aspekts bestätigt, dass Frauen schlechtere Arbeitsbedingungen vorfinden als Männer (vgl. z.B. Emslie, Hunt & Macintyre, 2004). Zunächst haben Frauen traditionell die Familienrolle inne, während dem Mann die Erwerbsrolle zugeschrieben wird (Kämmerer, 2000). Nach wie vor haben diese traditionellen Geschlechtsrollenerwartungen großen Einfluss auf die moderne Gesellschaft, auch wenn Frauen immer häufiger erwerbstätig sind. Durch die übernommenen Mehrfachrollen (z.B. als Mutter, Partnerin und Berufstätige) empfinden berufstätige Frauen mehr Stress durch Verantwortung als berufstätige Männer (vgl. z.B. Ross & Mirowky, 1992). Bei den psychosozialen Faktoren geht es sowohl um psychische Belastungen als auch um psychische Ressourcen. Psychische Belastungen bezeichnen hier Belastungen z.B. durch Familienkonflikte, Überforderung am Arbeitsplatz, Rollenbelastung oder wenig soziale Unterstützung. Berufstätige Frauen leiden hauptsächlich unter Rollenkonflikten. Laut Person (1996) ist „Rollenkonflikt“ die Bezeichnung für die Empfindungen chronischer Müdigkeit und das Gefühl, ständig im Rückstand zu sein (Person, 1996), wobei fehlende soziale Unterstützung meistens gleichzeitig erlebt wird. Psychische Ressourcen heißen z.B. Selbstwertgefühl, Kohärenzsinn oder Kontrollüberzeugungen. Da berufstätige Frauen häufiger in beruflichen Positionen mit geringerem Entscheidungsspielraum angestellt sind, haben sie geringere Kontrollüberzeugungen bzw. ein vermindertes Selbstwertgefühl im Vergleich zu Männern.

In Bezug auf die Frage, warum die seelische Gesundheit von Frauen besonders gefährdet ist, werden nachfolgend geschlechtsspezifische Erklärungen nach Denton, Prus und Walters (2004) mit Hilfe zweier Hypothesen im Rahmen des psychosozialen Aspektes dargelegt. Es handelt sich hierbei um die Differential-Exposure-Hypothese und die Differential-Vulnerability-Hypothese. Nachfolgend sollen die einzelnen Hypothesen genauer erläutert werden.

Differential-Exposure-Hypothese

In der Differential-Exposure-Hypothese wird angenommen, dass Frauen mehr über Gesundheitsprobleme berichten, weil sie einerseits einen schlechteren Zugang zu den materiellen und sozialen Bedingungen haben, die seelische Gesundheit fördern, und andererseits durch ihre geschlechtsbezogenen Rollen (z.B. Mutterschaft) größeren Belastungen ausgesetzt sind (Hammelstein, Pohl, Reimann & Roth, 2006). Beruf und

Familie sind also für Frauen nicht nur zwei Lebensbereiche, sondern vor allem auch zwei Arbeitsbereiche, die extrem unterschiedlich und komplementär organisiert und strukturiert sind; zudem stellen sie widersprüchliche, teils auch unerfüllbare Anforderungen an sie. Gleichzeitig sind beide Bereiche voneinander abhängig und ergänzen sich wechselseitig (BMFSFJ, 2001; Kolip & Altgeld, 2006). Zahlreiche Studien bestätigen des Weiteren auch, dass Frauen insgesamt mehr Stunden in Beruf und Haushalt arbeiten als Männer (vgl. z.B. Alfermann, 1996).

Differential-Vulnerability-Hypothese

Die Differential-Vulnerability-Hypothese führt die Geschlechtsunterschiede im Gesundheitszustand nicht nur auf unterschiedliche Belastungen zurück, sondern auf einen unterschiedlichen Umgang mit diesen Belastungen bzw. auf unterschiedliche Vulnerabilitäten (Hammelstein, Pohl, Reimann & Roth, 2006). Berufstätige Frauen und Männer haben in Bezug auf ihre seelische Gesundheit unterschiedliche entscheidende soziale Einflussfaktoren bzw. nehmen sie unterschiedlich wahr. Beispielsweise ist soziale Unterstützung für eine intakte Gesundheit bei berufstätigen Frauen wichtiger als bei berufstätigen Männern (Denton & Walters, 1999). Denton, Prus und Walters (2004) bewiesen außerdem, dass Frauen eine größere Vulnerabilität für die Auswirkungen solcher chronischer Stressoren haben als Männer, da Frauen meistens eine Doppelrolle erfüllen und ihre familiären inklusive ihrer partnerschaftlichen Rollen und die hiermit verbundenen Anforderungen als belastend empfinden.

2.2.4 Kulturelle Faktoren für seelische Gesundheit bei Frauen

Wie bereits erwähnt, ist eine sozialstrukturelle und psychosoziale Betrachtungsweise für Frauen bezüglich der Erhaltung der seelischen Gesundheit besonders wichtig, wobei die Inhalte der Geschlechterstereotype in enger Wechselwirkung mit den Rollenanforderungen stehen, die in der modernen Gesellschaft an Männer und Frauen gerichtet werden (Kämmer, 2000). Kultur bietet also Erklärungen und Richtlinien für das individuelle Verhalten, einschließlich in Bezug auf das reproduktive und gesundheitsbezogene Verhalten (Moss, 2002). Bei einigen kollektivistischen Kulturen, insbesondere in Ostasien, z.B. in China, Korea und Japan, ist das Selbst weitgehend von seinen familiären oder sozialen Gruppen bestimmt, so dass das Selbst als eine Verlängerung dieser Gruppe definiert ist (Kleinknecht,

Dinnel & Kleinknecht, 1997). Nach Triandis, Bontempo und Villareal (1988) sind die wichtigsten Beziehungen (z.B. Ehebeziehung, Eltern-Kind) in kollektivistischen Kulturen vertikaler Art, während in individualistischen Kulturen die wichtigsten Beziehungen horizontaler Art sind. In diesen Beziehungen haben Menschen möglicherweise größere Verantwortungsgefühle gegenüber den übernommenen Rollen (z.B. als Mutter und Ehefrau) als in individualistischen Kulturen. In der Folge unterstehen die Frauen drei Gehorsamsbeziehungen nach dem Konfuzianismus, der seit vielen Jahrhunderten die chinesische Kultur und Gesellschaft prägt und den Alltag in Ostasien beeinflusst:

- (a) Gehorsam sein gegenüber dem Vater, wenn Frauen jung sind,
- (b) Gehorsam sein gegenüber dem Ehemann, wenn Frauen verheiratet sind und
- (c) Gehorsam sein gegenüber dem erwachsenen Sohn, wenn Frauen verwitwet sind.

Dieses konfuzianische Frauenbild ist bis heute als Ursache für den psychosozialen Druck auf Frauen anzusehen (Cho, 2005).

Im diagnostischen und statistischen Handbuch psychischer Störungen (eng. „*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*“, DSM-IV) wird den kulturspezifischen Krankheitsbildern, z.B. „Taijin Kyofusho“ und „Hwa-Byung“ eine Kategorie zugeordnet. Das Syndrom „Taijin Kyofusho“ ist eine in Japan kulturell typische Phobie und bezieht sich auf die intensive Angst einer Person, dass ihr Körper, ihre Teile oder Funktionen anderen Personen nicht gefallen, sie unbehaglich stimmen oder ihnen in Erscheinungsbild, Geruch, Gesichtsausdruck oder Bewegungen unangenehm sind (Saß, Wittchen & Zaudig, 1999). Ein anderes Syndrom, „Hwa-Byung“, ist ein in Korea geläufiges Syndrom, das wörtlich übersetzt „Zornsyndrom“ heißt und der Unterdrückung von Zorn zugeschrieben wird (Saß, Wittchen & Zaudig, 1999). Interessanterweise leiden Frauen häufiger unter sowohl „Taijin Kyofusho“ (z.B. Kleinknecht, Dinnel & Kleinknecht, 1997) als auch unter „Hwa-Byung“ (z.B. Lee, 1977) als Männer. Frauen sind auf Grund ihrer vielfältigen Rollen, also der beruflichen Beschäftigung, Haushaltsführung, Kindererziehung, Pflege und Familie, eher stressigen Lebensumständen ausgesetzt als Männer (Jang, Chiriboga & Becker, 2010). Frauen in der kollektivistischen Kultur werden von der Gesellschaft stärker als Männer in die Rollen als Hausfrau, Mutter und Partnerin gezwungen; am Arbeitsplatz werden Frauen eher in der traditionellen Geschlechtsrolle als einfache und passive Arbeiterin gesehen (Triandis, Bontempo, Villareal, Asai & Lucca, 1988). In Südkorea orientiert sich die berufliche Entwicklung der südkoreanischen Frauen häufig an traditionellen Geschlechterrollen; diese

Diskriminierungen sind ein nach wie vor existentes Problem. Eine koreanische Feministin beschreibt den Stellenwert der Mutterrolle in Südkorea:

„Sogar um eine Feministin zu sein, ist die erfolgreiche Ausführung der Mutterrolle eine Voraussetzung, und es wäre eben eine wichtige gemeinsame Agenda für viele koreanische Feministinnen, erfolgreich eigene Kinder als Mutter großzuziehen“ (Shim, 1999).

Kulturelle Unterschiede für Psychotherapie

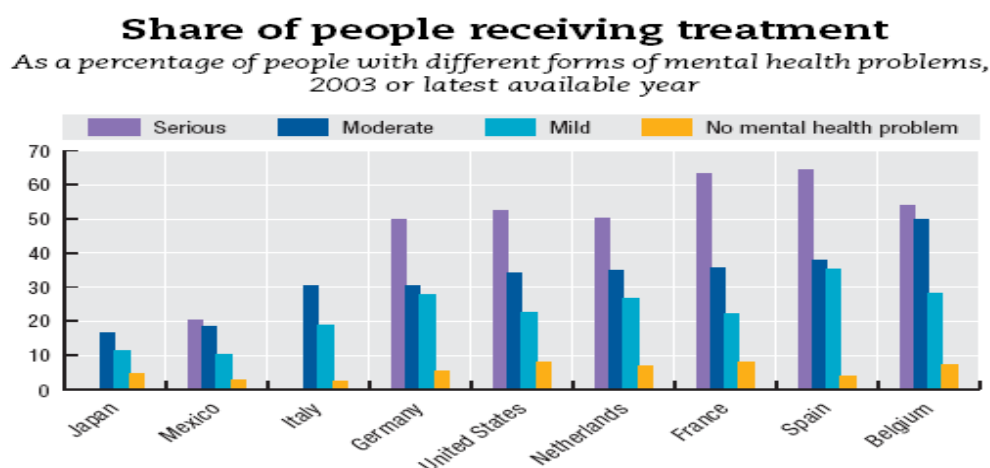
Laut einem Bericht der OECD (2008) über seelische Gesundheit waren die Quoten bei Suiziden in Südkorea, Japan und Ungarn mit einer Rate von 19 oder mehr Todesfällen pro 100.000 Einwohner am höchsten. Im Weiteren sind die Suizid-Quoten in einigen Ländern wie Dänemark, Ungarn, Deutschland und der Schweiz abgesunken, während die Suizid-Quoten in Ländern wie Südkorea und Japan deutlich stiegen. Es stellt sich die Frage, ob diese Ergebnisse auch aus kulturellen Ursachen heraus erklärt werden können. Die kulturell verwurzelten Überzeugungen gegenüber seelischen Erkrankungen und die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen sind entscheidende Hindernisse für den Umgang mit einem seelischen Problem und das Beibehalten seelischer Gesundheit. Im Folgenden wird zunächst versucht, diese Gründe durch den asiatischen Kollektivismus bzw. den europäischen Individualismus zu erklären.

Im Kollektivismus ist es für Menschen wichtig, Normen und Pflichten des Kollektives einzuhalten, während es im Individualismus für Menschen im Vordergrund steht, eigene Vorlieben, Bedürfnisse, Rechte usw. umgesetzt zu wissen (Triandis, 1995). Innerhalb der kollektivistischen und konfuzianischen Wertevorstellungen ist es sehr wichtig, seine Würde oder „sein Gesicht“ als ein Mitglied stellvertretend für die ganze Familie zu erhalten. Deswegen stellt es ein Tabu-Thema dar, über eigene emotionale Probleme zu reden, da die gesamte Familie nicht bloßgestellt werden darf.

In Abbildung 2.9 wird verglichen, wie sich die Verteilung des Anteils der psychisch Erkrankten, die sich im Jahr 2003 in psychotherapeutischer Behandlung befanden, in verschiedenen Ländern der Welt gestaltet. Hier zeigt sich, dass psychische Erkrankungen in westlichen Ländern häufiger behandelt werden als in den asiatischen, wobei in dieser Abbildung nur Japan stellvertretend für ein asiatisches, kollektivistisches und konfuzianisches Land aufgeführt ist. Es wurde in Südkorea zur Epidemiologie psychiatrischer Erkrankungen festgestellt, dass die psychotherapeutische Hilfe

trotz seelischer Erkrankungen selten konsultiert wird (Südkoreanisches Ministerium für Gesundheit, 2006). Das heißt, dass Patienten mit seelischen Erkrankungen in Südkorea in geringer Anzahl medizinische Einrichtungen aufsuchen. Diese Ergebnisse stimmen damit überein, dass vor allem Asiaten (sog. „kollektivistische Kultur“) eine weniger positive Einstellung gegenüber psychotherapeutischer Hilfe haben als Nicht-Asiaten (Akguel & Schmid-Ott, 2007). Nach dem koreanischen Forscher Kim vermeiden die Menschen in Südkorea es, sich in eine medizinische Behandlung oder Psychotherapie zu begeben, sondern bevorzugen es, somatisch orientierte HomöopathInnen, magisch-religiöse TherapeutInnen (z.B. schamanische TherapeutInnen) oder FreundInnen/Bekannte oder NachbarInnen zu konsultieren, wenn sie unter seelischen Erkrankungen leiden (Kim, 1999).

Abb. 2.9: Anteil der Personen in psychotherapeutischer Behandlung (aus den Daten von OECD Employment Outlook 2008, OECD)



2.2.5 Exkurs: Südkorea

In der vorliegenden Studie wurden Risiko- und Schutzfaktoren sowohl in Deutschland als auch in Südkorea identifiziert und verglichen. Wenn jemand EuropäerInnen bzw. westliche Menschen über Südkorea befragte, stellte sich heraus, dass diesbezüglich wenig Wissen vorhanden ist. Evtl. würden die Menschen beispielsweise folgendermaßen antworten: „Südkorea ist von Nordkorea geteilt, so wie früher West- von Ostdeutschland“, „Asiaten sind fleißig!“, „Die Wirtschaft hat sich sehr schnell entwickelt“. In den westlichen bzw. europäischen Ländern haben die Menschen daher Schwierigkeiten, nachzuvollziehen, wie sich der Aspekt „seelische Gesundheit bei berufstätigen Frauen in Südkorea“ gestaltet. Um

die vorliegende Studie besser zu verstehen, wird Südkorea in diesem Kapitel vorgestellt. Südkorea liegt zwischen China und Japan in Ostasien. In der folgenden Tabelle 2.4 werden zunächst die Basisinformationen zu Südkorea, also Sprache, Fläche, Einwohnerzahl, Bevölkerungsdichte, Hauptstadt und wirtschaftliche Statistik im Vergleich mit Deutschland dargestellt.

Tab. 2.4: Vergleiche zwischen Deutschland und Südkorea

	Südkorea	Deutschland
Sprache	Koreanisch	Deutsch
Fläche	99.392 Km ²	357.121,41 Km ²
Einwohnerzahl	51,724 Mio.	81,859 Mio.
Bevölkerungsdichte	489 Einwohner pro km ²	229 Einwohner pro km ²
Hauptstadt	Seoul	Berlin
Bruttonationaleinkommen (engl. <i>Gross National Product: GNP</i>) ^(a)	972.299 \$	3.537.180 \$

Anmerkung. ^(a)Quelle: Weltbank (Stand: 2011).

Die Invasion Japans beendete die „Chosen-Dynastie“ (1644-1911), die letzte Dynastie in Südkorea. In dieser Epoche galten die westliche Industrie und der Handel mit dem Westen als kulturell nicht hochstehend. Aus diesem Grund war diese Dynastie von den westlichen Ländern abgeschottet. Japan, das die westliche Wirtschaftsweise damals tatkräftig annahm, entwickelte sich in Asien zu einem stark industrialisierten Land. Die Kolonialisierung Südkoreas durch Japan dauerte von 1910 bis 1945. Nachdem Japan den Zweiten Weltkrieg verlor, zogen sich die japanischen Truppen aus Korea zurück, somit war das Land befreit. Nach dem Rückzug der Japaner gab es ideologische Konflikte; die konträren Pole waren Kommunismus und Demokratie. Nach einem Beschluss der Potsdamer Konferenz 1945 besetzten Soldaten der Sowjetunion den nördlichen Teil von Korea und amerikanische Truppe zogen in den südlichen Gebietsteil Koreas ein. Dadurch ist das Land bis heute in zwei Staaten getrennt: Süd- und Nordkorea. Im Jahr 1950 fand der Koreakrieg statt. Der Waffenstillstand wurde im Jahr 1953 geschlossen und gilt immer noch. Durch den Koreakrieg wurden Infrastruktur und Gebäude zerstört, weswegen Südkorea massiv westliche Entwicklungshilfe erhielt. Im Jahr 1960 formierte sich in Südkorea eine Bewegung unter dem Slogan: „Wir wollen auch reich sein!“ Tabelle 2.5 beinhaltet Angaben zum Bruttoinlandsprodukt von Deutschland und Südkorea, das die Produktion von Waren und

Dienstleistungen im Inland nach Abzug der Vorleistungen angibt. Der Tabelle ist zu entnehmen, dass Südkorea in dieser Hinsicht einen sehr schnellen Aufstieg zu verzeichnen hat. Um eine rasche wirtschaftliche Entwicklung bzw. Industrialisierung zu erreichen, wurde eine enge Beziehung zwischen Wirtschaft und Politik geflochten, was für die Beschäftigten einen sehr hohen Arbeitseinsatz bedeutete. Durch diese wirtschaftliche Entwicklung ist der Mammonismus in der Bevölkerung stark verbreitet und tief verwurzelt. In diesem Kontext entwickelte sich auch die „Bali-Bali (Schnell-Schnell)-Kultur“, wobei die eigenen Bedürfnisse und Wohlbefinden zurückgestellt werden mussten. Beispielsweise betrug die Arbeitszeit in Südkorea nach einer OECD-Statistik im Jahr 2008 im Jahr 2193 Stunden. Die durchschnittliche Arbeitszeit von OECD-Ländern im Jahr 2008 war 1749 Stunden und in Deutschland 1408 Stunden.

Tab. 2.5: Liste der Länder nach Bruttoinlandsprodukt

	1980	1990	2000	2005	2012
Deutschland	826,1	1.547,0	1.905,8	2.794,5	3.577.031
Südkorea	66,7	275,0	533,7	845,0	1.116.247

Anmerkung. Quelle: aus dem historischen Bruttoinlandsprodukt nach Ländern in der World Economic Outlook Database, 2009.

Des Weiteren soll an dieser Stelle die Religion in Südkorea vorgestellt werden. Nach dem koreanischen Amt für Statistik haben im Jahr 2005 46,5 % der Südkoreaner keine Religion, 22,8 % der Bevölkerung sind Buddhisten und Christen haben einen Anteil von 29,2%. Der restliche Prozentsatz von 1,5 % hängt dem Konfuzianismus, den Zeugen Jehovas, dem Taoismus oder dem Islam an. Auch wenn der Schamanismus nicht erfasst wurde und der Konfuzianismus nur durch einen geringen Prozentsatz in der Statistik vertreten ist, sind beide Strömungen in Korea sehr wichtig und müssen berücksichtigt werden (Yun, 1994). Nach Cha (1998) sind der Schamanismus und der Konfuzianismus in den Buddhismus, in das Christentum und in die allseitige koreanische Kultur eingesickert. Aus diesem Grund sind der Schamanismus und der Konfuzianismus in Korea keine Religion, sondern stellen vielmehr Gesellschaftsnorm, Denkweise und Zeitgeist dar (Cha, 1998). Auch wenn sich die südkoreanische Gesellschaft heute durch Globalisierung bzw. durch die Medien verändert, sieht man immer noch häufig die traditionelle Verwurzelung, z.B. in Bezug auf Bildung, Frauenstatus und die Definition des „Ich“. Die Bildung ist als ein erstes Beispiel in Korea traditionell ein sehr wichtiger Aspekt, da sozialer Status in der Regel durch Bildung

bestimmt ist. Ein anderes Beispiel ist die Rolle der Frau. Aus dem Konfuzianismus abgeleitet, wird eine Beziehung zwischen Frauen und Männern in Korea folgendermaßen konstruiert: „Eine Vorherrschaft des Mannes über die Frau“ sowie „ein Respekt gegenüber Männer und eine Respektlosigkeit gegenüber Frauen“ (Shim, 1999). Das letzte Beispiel ist die Definition des „Ich“ in Südkorea. Das heißt, dass eine Person sich in dieser Ordnung mit der Gesellschaft bzw. einem Gesellschaftsziel identifizieren soll (Choi & Kim, 2011). Es ist in der Gesellschaft mit einer Sünde vergleichbar, beispielsweise eine eigene Behauptung aufzustellen. Aus diesem Grund kann es in Südkorea häufig beobachtet werden, dass ein „Ich“ durch ein „Wir“ ersetzt wird.

2.3 Work-Life Balance: Theorien der Work-Life-Balance

Der Begriff Work-Life Balance tauchte erstmals mit der Forderung nach Humanisierung in den 70er Jahren auf. Die Notwendigkeit zur Entwicklung eines Konzepts von Work-Life-Balance nahm Anfang der 90er Jahre zu, als immer mehr gut ausgebildete Frauen auf dem Arbeitsmarkt präsent waren (Klimpel & Schütte, 2006). Der Begriff wurde durch Resch und Bamberg (2005) bekannt. Vor der Beschäftigung mit dem Begriff Work-Life-Balance soll die einzelnen Begriffe der Arbeit (engl. „*Work*“) und des Lebens (engl. „*Life*“) fokussiert werden. „Arbeit“ ist bewusstes und zielgerichtetes Handeln des Menschen zum Zweck der Existenzsicherung sowie zur Befriedigung von Einzelbedürfnissen und zugleich das wesentliche Moment der Daseinserfüllung (Klimpel & Schütte, 2006). In Zusammenhang mit Work-Life-Balance werden unter „Life“ alle anderen Lebensbereiche außer der Erwerbsarbeit verstanden. Synonym können Ausdrücke wie Freizeit, Privat- und Familienleben verwendet werden (Kastner, 2010). Für die große Mehrheit der Menschen ist die Familie der wichtigste Bereich in ihrem Leben. Sie finden dort vor allem Rückhalt, Zufriedenheit und Unterstützung (BMFSFJ, 2001). In der vorliegenden Studie sind mit dem Begriff Lebensbereich die Bereiche Familie, Partnerschaft, Haushalt und Elternschaft gemeint.

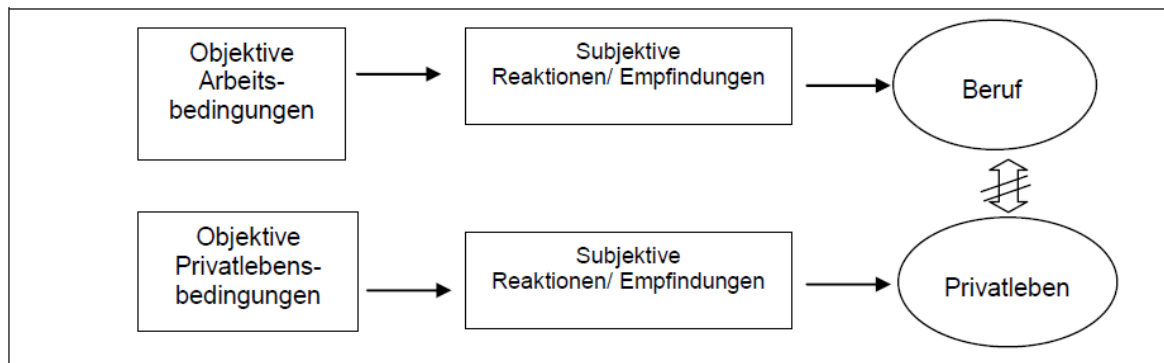
Die Grenze zwischen der Arbeit und anderen Lebensbereichen ist mitunter unklar. Arbeit wird meist im Kontext mit Belastung, Beanspruchung, der Erledigung obligatorischer Aufgaben mit Mühe bzw. Anstrengung gesehen. Privatleben wird mit Ruhe, Erholung und Entspannung in Verbindung gebracht. Der Aspekt der Belastung und Beanspruchung auch im Privatleben wird vor allem im Kontext der Doppelbelastung berufstätiger Frauen deutlich

(Kastner, 2010), da Frauen meistens für familiäre Aufgaben wie etwa Hausarbeit und Erziehungsarbeit verantwortlich sind. Der Geschlechtszugehörigkeit sind soziale Rollen und Aufgaben aus den verschiedenen Lebensbereichen zugeordnet und somit beeinflusst auch das Geschlecht die psychische Gesundheit (Stutz, Coda, Kessler & Ackermann-Liebrich, 2001). Das Thema „Work-Life-Balance“ bei Frauen wird heute durch zahlreiche Studien aus verschiedenen Perspektiven, z.B. der Arbeitsorganisationspsychologie und der Genderforschung, erforscht. Beispielsweise kann die multiple Rolle bei Frauen als Mutter, Ehefrau und Berufstätige eine Quelle für Stress und Belastungen nach einem Aspekt des Work-Life-Konfliktes sein, aber gleichzeitig eine andere Quelle für Befriedigung und Bereicherung nach dem Aspekt der Work-Life-Bereicherung (Hartung & Hahlweg, 2010). In der vorliegenden Studie soll das Thema aus dem doppelten Blickwinkel dieser beiden Aspekte betrachtet werden, und zwar in welchen Bereichen Konflikte bzw. Bereicherung liegen. Zunächst werden die klassischen Modelle der Work-Life-Balance erläutert. Zur Erklärung der Beziehungen zwischen Arbeits- und Privatleben werden an dieser Stelle sieben Modelle dargestellt: das Segmentationsmodell, das Spillovermodell, das Kompensationsmodell, das Instrumentalitätsmodell, das Ressource-Drain-Modell, das Konfliktmodell und die Border-Theorie. Um diese Modelle bezüglich des Zusammenhangs zwischen Arbeits- und Privatleben besser zu verstehen, werden sie im Folgenden genauer beschrieben.

2.3.1 Segmentationsmodell

Im Segmentationsmodell (Staines, 1980) wird von einer Trennung der Bereiche Arbeit und Privatleben ausgegangen. Aus diesem Grund wird keine gegenseitige Beeinflussung angenommen. Die folgende Abbildung 2.10 des Segmentationsmodells zeigt die beiden Bereiche Berufs- und Privatleben als zwei verschiedene Lebensbereiche. Heutzutage werden Berufs- und Privatleben nicht getrennt gesehen (Eckenrode & Gore, 1990). Das Segmentationsmodell kann deshalb als eine Erklärung für Coping-Strategien bei Stresssituationen in einem einzelnen Lebensbereich angesehen werden. Nach Lambert (1990) tritt die Segmentation von Berufs- und Privatleben nicht „automatisch“ auf, sondern Menschen versuchen bewusst, den beruflichen und privaten Lebensbereich abzugrenzen. Die nachfolgenden Modelle stellen Gegensätze zum Segmentationsmodell dar.

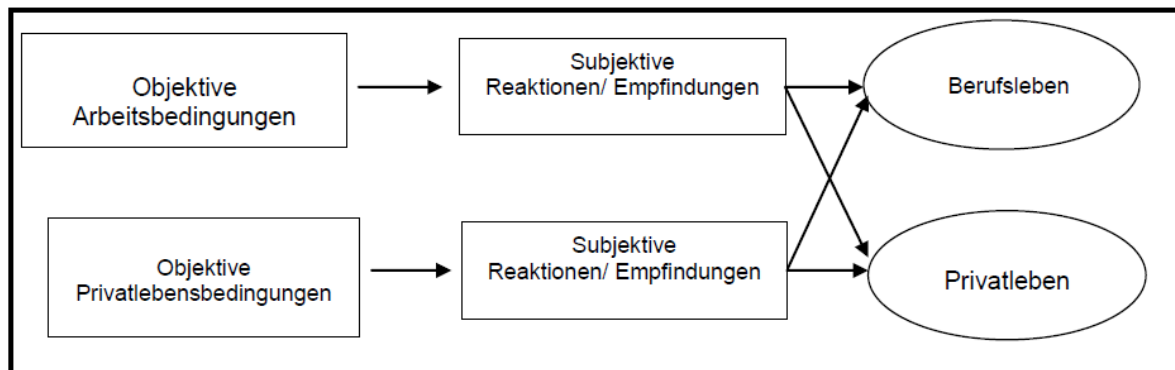
Abb.2.10: Der Prozess des Segmentationsmodells (modifiziert nach Lambert, 1990, S. 249)



2.3.2 Spillovermodell

Eine gegenseitige – sowohl positive als auch negative – Beeinflussung der beiden Lebensbereiche wird im Spillovermodell (vgl. z.B. Wilensky, 1960; Kabanoff, 1980) angenommen (siehe Abb. 2.11). Stimmung, Zufriedenheit, Wertschätzung und Verhaltensweisen können z.B. vom Berufsleben auf das Privatleben überschwappen (engl. „*spillover*“) und diese Form des Spillover kann als „Ähnlichkeit“ bezeichnet werden (Lambert, 1990). Erlebt eine Person Zufriedenheit in ihrer Arbeit, wird sie tendenziell auch Zufriedenheit mit ihrer Rolle in der Familie empfinden. Mit anderen Worten ist die direkte Erlebnisübertragung zwischen Berufs- und Privatbereich gegeben, z.B. die Übertragung von Müdigkeit aus dem Beruf in den häuslichen Bereich (Lambert, 1990). Payton-Miyazaki und Brayfield (1976) haben Folgendes als ergänzende Annahmen für das Spillovermodell vorgeschlagen. Zum einen ist die Arbeit ein Zusatzmittel bzw. eine Ergänzung, somit ist ein Gefühl, das im Beruf erfahren wird, Teil des gesamten Lebensgefühls. Aufgrund dessen verstärkt die Zufriedenheit mit dem Beruf die generelle Lebenszufriedenheit; die Unzufriedenheit mit dem Beruf andererseits schwächt die generelle Lebenszufriedenheit ab. Zum anderen führt die Arbeit zu einer Entfremdung des Lebens. Dadurch wird sie zum alles bestimmenden Aspekt des Lebens, wodurch das Gefühl am Arbeitsplatz auch das ganze Lebensgefühl bestimmt. Nicht zuletzt bietet die Arbeit einen Anknüpfungspunkt für das Erlernen von Fertigkeiten sowie zur Entwicklung von Selbstwirksamkeit und eines Selbstkonzepts. Es findet dabei ein Wechselspiel mit dem Privatleben statt (Zecke, 1987).

Abb. 2.11: Der Prozess des Spillovermodells (modifiziert nach Lambert, 1990, S. 249)

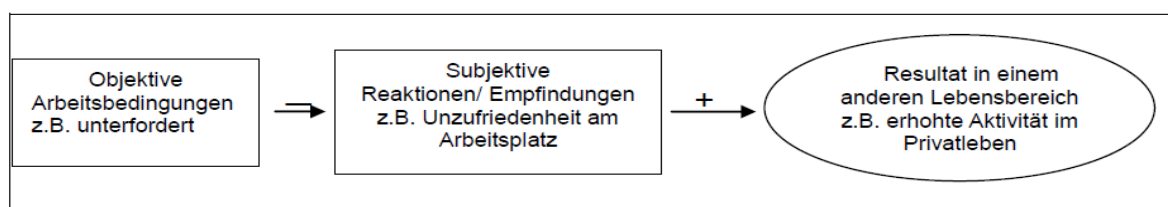


Nach Lambert (1990) lässt sich über das Spillovermodell sagen, dass es eine wichtige Rolle beim Finden bzw. Entscheiden von Lösungen für Probleme spielt, die aufgrund mangelnder Balance zwischen Beruf und Familie entstehen. Dem Spillovermodell wird am häufigsten als gegensätzliches Modell das Kompensationsmodell entgegen gehalten (Zedeck, 1987), womit sich der nächste Abschnitt weiter beschäftigt.

2.3.3 Kompensationsmodell

Das Kompensationsmodell beschreibt eine reziproke Beziehung zwischen Beruf und Familie. Wenn etwa Zufriedenheit in einem Lebensbereich nicht vorhanden ist, wird diese in einem anderen Lebensbereich hergestellt (Guest, 2002). Wie die folgende Abbildung 2.12 zeigt, kompensiert beispielsweise ein Mitarbeiter, der am Arbeitsplatz routiniert und unterfordert ist, seine Unzufriedenheit mit der Arbeit, indem er zahlreiche Aktivitäten im Privatleben ausübt. Die Kompensation ist eine Folge des Ungleichgewichts zwischen Berufs- und Privatleben.

Abb. 2.12: Der Prozess des Kompensationsmodells (modifiziert nach Lambert, 1990, S. 249)



Anmerkung. Im Schema steht das Minus für Unzufriedenheit, das Plus für Zufriedenheit.

Des Weiteren unterscheidet das Kompensationsmodell zwei Begriffe von Kompensationen, und zwar ergänzende (engl. „*supplemental*“) und reaktive (engl. „*reactive*“) Kompensation (Kando & Summers, 1971). Als ergänzende Kompensation wird der Versuch bezeichnet, erwünschte Erfahrungen, Verhaltensweisen und psychische Zustände, die in einem Lebensbereich nicht erreicht werden können, in einem anderen Lebensbereich zu erlangen. Diese Form kann konzipiert werden als Umverteilung von Schwerpunkten, der Zeit oder der Beachtung vom unzufriedenen Bereich hin zu einem anderen Bereich, wo potenziell Zufriedenheit liegt. Bezüglich des zweiten Begriffs kann eine Person auf Unzufriedenheit in einem Lebensbereich reagieren, indem sie sie in einem anderen Lebensbereich verfolgt. Führt die Unterforderung in einem Lebensbereich zu mehr Aktivitäten in einem anderen Lebensbereich, wird dies reaktive Kompensation genannt (Zedeck & Mosier, 1990). Auch wenn beide Kompensationen verbunden sind mit dem Streben nach Belohnungen in einem alternativen Bereich, wird die ergänzende Kompensation durch zu wenige positive Erfahrungen hervorgerufen, während die reaktive Kompensation durch übermäßige negative Erfahrungen entsteht (Edwards & Rothbard, 2000). Das Kompensationsmodell wird durch die Forschung von Rothbard (2001) bestätigt und dabei konnte festgestellt werden, dass Frauen, die unzufrieden mit der Familiensituation sind, mehr Zeit und Kraft in ihre Arbeit investieren.

2.3.4 Instrumentelles Modell

Das instrumentelle Modell besagt, dass Handlungsergebnisse in einem Lebensbereich die Aktivitäten in einem anderen Lebensbereich unterstützen. Der durch die Erwerbstätigkeit erzielte Lohn sichert beispielsweise die Finanzierung des Privatlebens. Durch die Arbeit kann sich ein Berufstätiger, auch wenn die Arbeitsbedingungen unbefriedigend sind (z.B. Unterforderung, lange Arbeitszeit), private Aktivitäten, z.B. Hobbys, der Kauf eines Hauses oder eines Autos, leisten. Nach Ansicht dieses Modells sind Partnerschaft und/oder Kindererziehung ein Förderungsmotiv für Berufstätigkeit und verdecken negative Gefühle gegenüber diesem Bereich (Guest, 2002). Laut Zaugg (2006) handelt es sich hierbei jedoch um eine kurzfristige Betrachtungsweise, bei der primär eine Symptombekämpfung stattfindet.

2.3.5 Ressource-Drain-Modell

Da Ressourcen wie etwa Zeit, Aufmerksamkeit und Kraft begrenzt sind, können die in einem Lebensbereich ausgegebenen Ressourcen nicht noch für einen anderen Lebensbereich zur Verfügung stehen (Edwards & Rothbard, 2000). Das heißt, dass die Einschränkung von Ressourcen bei Menschen zu einer negativen Beziehung zwischen den beruflichen und den familiären Ressourcen führt. Bereits im Berufsleben verwendete Ressourcen sind demnach im Familienleben nur noch reduziert verfügbar.

2.3.6 Konfliktmodell

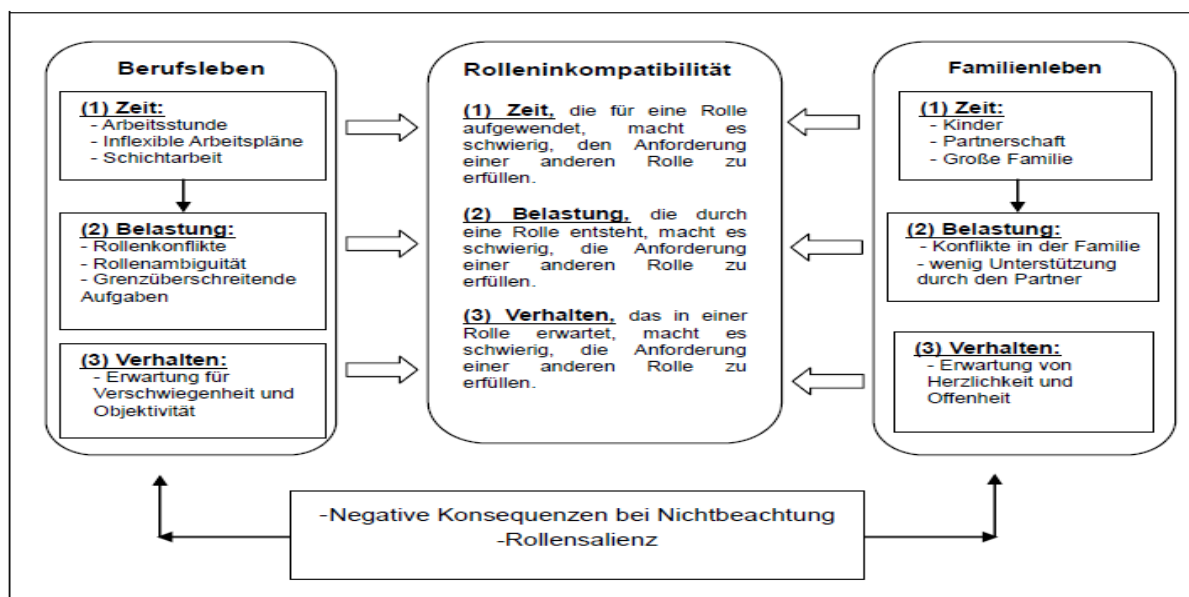
Das Konfliktmodell geht davon aus, dass die beiden Lebensbereiche Berufs- und Familienleben zwangsläufig miteinander kollidieren (Greenhaus & Beutell, 1985). Ein ausgeprägtes Engagement in einem Lebensbereich, wodurch Zufriedenheit oder Erfolg hervorgerufen wird, führt aufgrund von Stress oder Überlastung zum Verlust des Engagements in einem anderen Lebensbereich. Wenn Ressourcen z.B. im Beruf investiert werden, fehlen diese im Privatleben. Im Rahmen dieses Modells wurden verschiedene Themenbereiche erforscht, dazu zählen der Rollenkonflikt (engl. „*role conflict*“), Rollenbelastung (engl. „*role strain*“), Beruf-Zuhause-Konflikt (engl. „*work-home conflict*“), Beruf-Familie-Konflikt (engl. „*work-family conflict*“) und als das aktuelle Thema die Beruf-Leben-Balance (engl. „*work-life balance*“).

Der Forschungsbereich von „Konflikt zwischen Berufs- und Familienleben“ erfasst die Interrollenkonflikte und deren Auswirkung in Bezug auf Stress. Der Konflikt zwischen Berufs- und Familienleben lässt sich am besten mit den Begriffen „entweder-oder“, „Gegensatz“ und „Unvereinbarkeit“ erklären. Wenn berufliche und familiäre Anforderungen in einem Konflikt zueinander stehen, dann führen somit die Belohnungen aus einem Lebensbereich zu einem Verzicht auf Belohnungen aus einem anderen Lebensbereich. Nach Greenhaus und Beutell (1985) können bei den Konflikten zwischen Berufs- und Familienleben drei Formen unterschieden werden:

- (1) Der zeitbasierte Konflikt (engl. „*time-based conflict*“),
- (2) der belastungsbasierte Konflikt (engl. „*strain-based conflict*“) und
- (3) der verhaltensbasierte Konflikt (engl. „*behavior-based conflict*“).

Der zeitbasierte Konflikt tritt auf, wenn so viel Zeit zum Ausüben einer Rolle aufgebracht wird, so dass eine andere Rolle nicht mehr erfüllt werden kann. Aufgrund der eingeschränkten Zeit stehen die Betroffenen unter dem Druck, sich entscheiden zu müssen, in welchem Lebensbereich sie überwiegend Zeit investieren wollen. Beispielsweise hat ein Mann aufgrund übermäßiger Arbeitsaufgaben nicht genug Zeit, um seine Rolle als Vater zu erfüllen. Dabei erlebt er einen zeitbasierten Konflikt. Durch den Wettbewerb zwischen Arbeitsstunden, Flexibilität der Arbeit, Arbeitsplan und der Zeit für Partnerschaft und Kinder (Green & Beutell, 1985) kann der zeitbasierte Konflikt hierbei sowohl in der Berufsrolle als auch in der Familienrolle produziert werden. Der belastungsbasierte Konflikt ist eine sekundäre Belastungsreaktion aus den multiplen Rollen. Wie die folgende Abbildung 2.14 zeigt, können ein indirekt belastungsbasierter Konflikt durch lange bzw. inflexible Arbeitszeiten (z.B. Überstunden) und ein zeitbasierter Konflikt entstehen. Der verhaltensbasierte Konflikt entsteht, wenn eine Erwartung oder eine Norm für ein Verhalten in einer Rolle nicht zur Erwartung für das Verhalten in einer anderen Rolle passt. Zum Beispiel wird von einem männlichen Vorgesetzten als Stereotyp erwartet, dass er am Arbeitsplatz emotional stabil, zuverlässig, objektiv und sachlich ist. Zu Hause wird jedoch ein z.B. warmherziger, fürsorglicher, offener und emotionaler Partner erwartet (Greenhaus & Beutell, 1985). Wenn diese Erwartungen nicht erfüllt werden, dann entsteht der Beruf-Familie-Konflikt. Konflikte dieser Kategorie sind in Abbildung 2.13 zusammengestellt.

Abb. 2.13: Rolleninkompatibilität zwischen Berufs- und Familienleben (modifiziert nach Greenhaus & Beutell, 1985, S. 78)



Carlson und Frone (2003) haben die bisherige Forschung zu „Work-Life-Balance“ kritisiert, da die Verhaltenseinbindung (z.B. Aufwand an Zeit, körperliche Ressourcen) nicht deutlich von der psychologischen Einbindung (z.B. kognitive und emotionale Ressourcen) unterschieden worden war. Als weiterer Kritikpunkt sahen frühere Studien oft einseitige Wirkungen für Beruf-Familie-Konflikte, z.B. beeinträchtigt entweder das Berufsleben das Familienleben („WIF; **W**ork **I**nterference **F**amily“) oder das Familienleben beeinträchtigt das Berufsleben („FIW; **F**amily **I**nterference **W**ork“). Aus diesem Grund schlagen sie vor, die globalen Maßnahmen für Beruf-Familie-Konflikte mit einer internalen und einer externalen Dimension zu betrachten (siehe Tab. 2.6). Die externe Komponente ist die äußerliche verhaltensbasierte Beschäftigung, die dem zeitbasierten Konflikt entspricht. Im Gegensatz dazu stellt die interne Komponente die kognitive und emotionale Beschäftigung dar, die dem belastungs- und verhaltensbasierten Konflikt entspricht.

Tab. 2.6: Matrix der Beruf-Familie-Konflikte mit internaler und externaler Dimension (modifiziert nach Carlson & Frone, 2003).

	Internale Dimension	Externale Dimension
WIF	Wegen kognitiver und emotionaler Beschäftigung mit Beruf wird Engagement zu Hause oder Bereitschaft für Familie gestört.	Wegen eines Dienstplans oder eines Arbeitsabgabetermins ist es unmöglich, Aufmerksamkeit auf die Familie zu richten oder Verantwortung für die familiäre Versorgung zu übernehmen.
FIW	Wegen kognitiver und emotionaler Beschäftigung mit Familie wird Engagement im Beruf oder Bereitschaft für Beruf gestört.	Die Anforderungen zu Hause führen dazu, dass weniger Überstunden gemacht und die Arbeitszeit reduziert wird.
<i>Anmerkung.</i> WIF: „Berufsleben beeinträchtigt Familienleben“; FIW: „Familienleben beeinträchtigt Berufsleben“.		

2.3.7 Border-Theorie

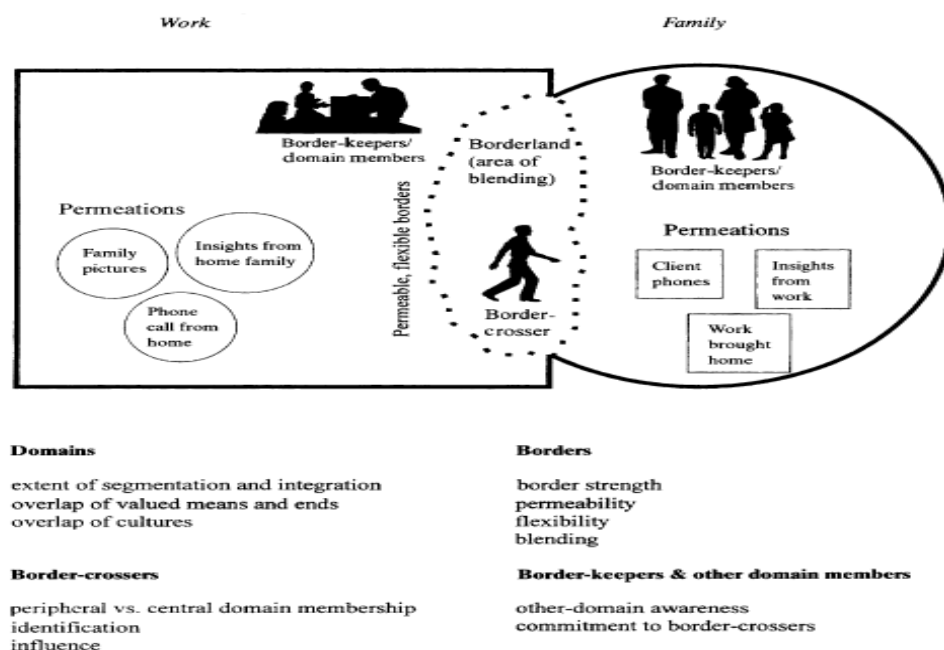
Nach Clark (2000) sind berufstätige Menschen täglich Grenzgänger (engl. „*Border-Crosser*“), die sich zwischen der Welt zu Hause und der Welt am Arbeitsplatz bewegen. Diese Theorie vermittelt, wie Einzelpersonen es schaffen können, eine Balance zwischen ihrem Berufs- und Familienbereich herzustellen. Unter Balance werden in der Border-Theorie nach Clark (2000) Zufriedenheit und ein gutes Zusammenwirken zwischen Beruf und Zuhause mit einem Minimum an Rollenkonflikt verstanden. Abbildung 2.14 stellt die Border-Theorie und

die vier zentralen Komponenten der Lebensbereiche (engl. „*Domains*“), Grenzen (engl. „*Borders*“), Grenzgänger (engl. „*Border-Crossers*“) und Grenzinhaber oder Mitglieder aus einem anderen Bereich (engl. „*Border-keepers & other domain members*“) bildlich dar. Hierbei wird versucht, diese vier Komponenten als individuelle und gesellschaftliche Werkzeuge zur Förderung der Balance zwischen Berufs- und Familienleben zu identifizieren (Clark, 2000).

Lebensbereiche (engl. „*Domains*“)

Die beiden Lebensbereiche Beruf und Familie können hinsichtlich zweier verschiedener Kriterien unterschieden werden, und zwar nach einem erwarteten Ergebnis und nach einer erwarteten Bedeutung. Der Beruf ist durch Ergebnisse des Einkommens und der Leistungsfähigkeit gekennzeichnet, die Familie stattdessen durch Erreichung enger Beziehungen und persönliches Glücklichkeit. In jedem Lebensbereich gibt es nach dieser Theorie verschiedene Bedürfnisse (z.B. Leistungsbedürfnis im Beruf und Bedürfnis nach Liebe in der Familie), welche bei einer Abgrenzung zwischen Berufs- und Familienleben Synergieeffekte bzw. Zusammenwirkungen hervorrufen können.

Abb. 2.14: Bildliche Darstellung der Beruf-Familie-Border-Theorie sowie die Liste von zentralen Begriffen und deren Eigenschaften (Clark, 2000, S. 754)



Grenzen (engl. „*Borders*“)

Border meint die Begrenzungslinie zwischen Berufs- und Familienleben. Diese Begrenzungslinie kann durch ihre Durchlässigkeit (engl. „*permeability*“), Flexibilität (engl. „*flexibility*“), Mischungsherstellung (engl. „*blending*“) und Grenzenstärke (engl. „*border strength*“) charakterisiert werden. Die Durchlässigkeit ist der Grad, bis zu welchem physikalische, zeitliche und emotionale Elemente aus einer Domäne in eine andere übergehen können. Beispielsweise kann eine Person ein Büro zu Hause haben, wobei die Grenze physikalisch und zeitlich durchlässig ist. Diese physikalische und zeitliche Durchlässigkeit kann andererseits als Unterbrechungen wahrgenommen werden. Unter Flexibilität werden erweiterte Entscheidungsmöglichkeiten verstanden, wenn eine Person zwischen den verschiedenen Lebensbereichen wechselt. Ist ein hohes Maß an Durchlässigkeit und Flexibilität in den Lebensgrenzen vorhanden, kommt es zur Mischungsherstellung (Blending). Durch diese Flexibilität und Durchlässigkeit der Rollenbegrenzung können Möglichkeiten entstehen, mit Rollenkonflikten konstruktiver umzugehen (Ashforth, Kreiner & Fugate, 2000). Die Überschneidung von Berufs- und Familienleben stellt keine Einengung für beide Bereiche dar. Durchlässigkeit, Flexibilität und Mischungsherstellung entscheiden über die Grenzenstärke. Die Grenzenstärke ist hoch, wenn sehr undurchlässige und inflexible Borders eine starke Mischungsherstellung verhindern. Umgekehrt ist die Grenzenstärke schwach, wenn die Grenzen sehr durchlässig und flexibel sind und dadurch eine starke Vermischung entsteht.

Grenzgänger (engl. „*Border-Crossers*“)

Nach dieser Theorie ist es wichtig, die beiden Begriffe Grenzgänger (Border-Crossers) und die Mitglieder eines Bereiches zu unterscheiden. Grenzgänger sind die Menschen, die die Grenzen vom Berufsleben zum Familienleben oder umgekehrt überqueren. Die Mitglieder aus einem Lebensbereich sind z.B. PartnerIn zu Hause oder Mitarbeiter am Arbeitsplatz. Die Attribute des einzelnen Grenzgängers lassen sich am besten anhand zweier wichtiger Komponenten beschreiben, nämlich Beeinflussung (engl. „*influence*“) und Identifikation (engl. „*identification*“). Unter Beeinflussung versteht man hier die Autonomie sowie den Handlungs- und Entscheidungsspielraum, in den einzelnen Bereichen unter Identifikation des eigenen Selbstwert- und Zugehörigkeitsgefühls. Je größer die Beeinflussung und Identifikation einer Person in Bezug auf diese Bereiche ist, desto einfacher ist es für sie, eine Balance zwischen Berufs- und Familienleben zu finden.

Grenzinhaber oder andere Bereichsmitglieder (engl. „*Border-keepers & other domain members*“)

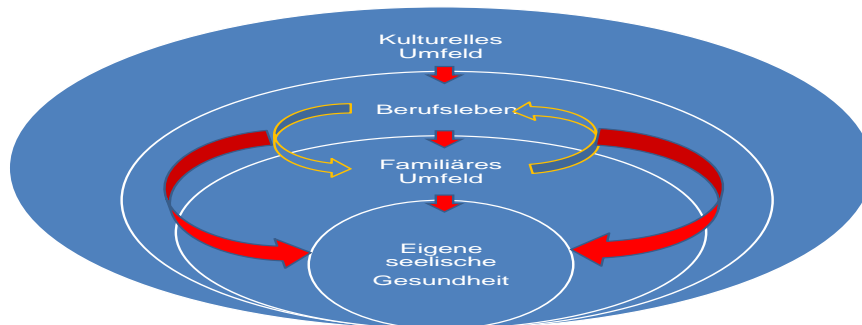
Für die Komponente Grenzinhaber oder Mitglieder aus anderen Bereichen (engl. „*Border-keepers & other domain members*“) spielt es eine wichtige Rolle für die Grenzgänger, zwischen den verschiedenen Lebensbereichen zu wechseln. Um Konflikte zu vermeiden, sind das Bewusstsein in Bezug auf einen anderen Lebensbereich und Verbindlichkeit erforderlich. Das Bewusstsein über einen anderen Lebensbereich kann durch die Kommunikation zwischen Grenzinhaber und Mitgliedern aus dem Bereich, z.B. PartnerIn, MitarbeiterInnen, oder durch Besuch eines anderen Lebensbereiches erhöht werden. Verbindlichkeit wird durch die soziale Unterstützung für Grenzgänger erzeugt. Um eine Lebensbalance zwischen den verschiedenen Rollen zu erzielen, werden ein hohes Maß an Bewusstsein bezüglich der anderen Bereiche und eine starke Verbindlichkeit ihnen gegenüber benötigt (Clark, 2000).

Zusammenfassend wurden sieben Modelle zur Work-Life-Balance erläutert, und zwar das Segmentationsmodell, das Spillovermodell, das Kompensationsmodell, das Instrumentalitätsmodell, das Ressource-Drain-Modell, das Konfliktmodell und die Border-Theorie. Das Konfliktmodell und die Border-Theorie sind ganzheitliche Modelle auf Basis von Segmentations-, Spillover-, Instrumentalitäts- und Ressource-Drain-Modell. Es wurde versucht, die Ergebnisse bzw. Befunde der vorliegenden Studie mit Hilfe des Konfliktmodells und der Border-Theorie zu erklären. Besonders das Segmentationsmodell sollte als Interventionsmodell gelten.

3 Fragestellungen und Hypothesen

In der vorliegenden Studie soll im Rahmen des Modells der Salutogenese nach Antonovsky (vgl. Abschnitt 2.2.1, S. 8) untersucht werden, welche Risiko- und Schutzfaktoren für seelische Gesundheit bei berufstätigen Frauen vorliegen, um Hinweise auf einen adäquaten Umgang mit den mit ihrer Lebenssituation verbundenen Belastungen ableiten zu können. Wie in Abb. 3.1 veranschaulicht, wurde dieses Ziel in Bezug auf die folgenden Gesichtspunkte operationalisiert: familiäre, berufliche und kulturelle Aspekte.

Abb. 3.1: Überprüfung dreier Kategorien für seelische Gesundheit (modifiziert nach Bronfenbrenner, 1981)



Die zentrale Forschungsfrage der vorliegenden Studie ist, welche beruflichen und familiären Risiko- und Schutzfaktoren mit der Entstehung seelischer Erkrankungen bzw. mit dem Erhalten seelischer Gesundheit bei berufstätigen Frauen zusammenhängen. Unter seelischen Erkrankungen werden in diesem Kontext psychische Erkrankungen nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme-10“ (ICD-10) von F30 bis F63 (u.a. depressive Störungen, Angsterkrankungen, Belastungsreaktionen, somatoforme Störungen) verstanden. Um auf diese Forschungsfrage einzugehen, werden erlebte Rollenqualitäten in den Bereichen „Partnerschaft, Elternschaft, Haushalt und Beruf“ zwischen einer klinischen und einer gesunden Gruppe verglichen. In der vorliegenden Studie werden die Daten der IRiS Protekt-Studie für die klinische Gruppe verwendet und zum Vergleich mit den Daten zu den gesunden berufstätigen Frauen herangezogen (Abschnitt 3.1). Dann wird überprüft, wie erlebte Rollenqualitäten mit seelischer Gesundheit zusammenhängen, um Schutz- und Risikofaktoren bei berufstätigen Frauen zu identifizieren (Abschnitt 3.2). Schließlich werden die Risiko- und Schutzfaktoren unter dem interkulturellen Aspekt für gesunde berufstätige

Frauen in Deutschland und in Südkorea verglichen (Abschnitt 3.3). Des Weiteren wird im Rahmen kultureller Aspekte überprüft, wie unterschiedlich die gesellschaftlichen Normen bzw. Werte (Deutschland vs. Südkorea) für die Einstellung gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung sind. Dann wird untersucht, ob diese Einstellung mit seelischer Gesundheit entweder als Schutzfaktor oder als Risikofaktor zusammenhängt (Abschnitt 3.4). Zusammenfassend werden Forschungsfragen, Hypothesen und Stichprobendesign in Tabelle 3.1 zusammengestellt. Wie die folgende Tabelle veranschaulicht, entsprechen sich die Hypothesen einer gleichen Zeile inhaltlich, jedoch wurden sie unterschiedlichen Stichproben verglichen. Das bedeutet, dass die inhaltliche Abfolge von der ersten bis sechsten Hypothese analog zu der siebten bis dreizehnten Hypothese sind, nur mit anderen Stichproben überprüft wurden.

Tab. 3.1: Übersicht des Stichprobendesigns für die Forschungsfragen

	Klinische Gruppe in Deutschland vs. Gesunde Gruppe in Deutschland	Gesunde Gruppe in Deutschland vs. Gesunde Gruppe in Südkorea
	Erste Forschungsfrage	Dritte Forschungsfrage
Familiäres Umfeld	Hypothese 1 (H 1.1, H 1.2 & H1.3)	Hypothese 7
Berufliches Umfeld	Hypothese 2 (H 2.1 und H 2.2)	Hypothese 8
	H 2.3	Hypothese 9
Familiäres und berufliches Umfeld	Hypothese 3	Hypothese 10
	Zweite Forschungsfrage	
Seelische Gesundheit	Hypothese 4	Hypothese 11
Zusammenhang zwischen Rollenqualitäten (Familie und Beruf) und gesundheitsfördernden bzw. -gefährdenden Verhaltensmustern bezüglich des Berufs	Hypothese 5	Hypothese 12
Zusammenhang zwischen Rollenqualitäten und seelischer Gesundheit	Hypothese 6	Hypothese 13
		Vierte Forschungsfrage
Einstellung gegenüber Psychotherapie und Akzeptanz in der Gesellschaft		Hypothese 14 und 15
Zusammenhang zwischen Einstellung bzw. Akzeptanz und seelischer Gesundheit		Hypothese 16

3.1 Die erlebte Rollenqualität im familiären und beruflichen Umfeld

Welche Variablen sind Risiko- und Schutzfaktoren bei berufstätigen Frauen im beruflichen und familiären Umfeld für seelische Gesundheit und wie unterschiedlich werden die Rollenqualitäten von gesunden berufstätigen Frauen und berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen erlebt?

Wie bereits erläutert, sind Beruf und Familie für Frauen nicht nur zwei verschiedene Lebensbereiche, sondern auch zwei extrem unterschiedliche Arbeitsbereiche. In zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen wird davon ausgegangen, dass berufstätige Frauen auf Grund von familiären und beruflichen Verpflichtungen doppelbelastet sind (z.B. Person, 1996; Pirolt & Schauer, 2001; 2005; Harris, 2004; Becker-Schmidt, 2008). Im Kontext der ersten Forschungsfrage wird weiterhin untersucht, welche Risiko- und Schutzfaktoren bei berufstätigen Frauen relevant sind für deren seelische Gesundheit. Um diese Faktoren zu identifizieren, werden gesunde berufstätige Frauen mit berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen verglichen. In dieser Studie wird erwartet, dass die in Tabelle 3.2 genannten Variablen für Rollenqualitäten im beruflichen und familiären Umfeld, entweder als Schutzfaktoren oder als Risikofaktoren, mit der seelischen Gesundheit zusammenhängen.

Tab. 3.2: Übersicht der Variablen im Rahmen der ersten Forschungsfrage

Variablen für erlebte Rollenqualitäten		Erwartete Wirkungen für seelische Gesundheit
Im familiären Umfeld	Zufriedene Rollenqualität in Partnerschaft, Haushalt und Elternschaft	Schutzfaktor
	Belastende Rollenqualität in Partnerschaft, Haushalt und Elternschaft	Risikofaktor
	Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung	Risikofaktor
Im beruflichen Umfeld	Zufriedene Rollenqualität	Schutzfaktor
	Belastende Rollenqualität	Risikofaktor
	Arbeitsbezogene gesundheitsgefährdende Verhaltens- und Erlebensmuster ^(a) (Risikomuster A und B)	Risikofaktor
	Arbeitsbezogene gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster ^(a) (Muster G und S)	Schutzfaktor

Anmerkungen. ^(a)Die arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster können mittels des AVEM-Fragebogens gemessen werden. Das Muster **G** ist ein Ausdruck von **G**esundheit und das Muster **S** von **S**chonung. Das Risikomuster **A** ist eine Abkürzung für hohe **A**nstrengung und das Risikomuster **B** für **B**urnout-Syndrom.

Hieraus ergeben sich die folgenden drei Hypothesen. Die erste Hypothese nimmt die erlebten Rollenqualitäten im familiären Umfeld in den Blick und besteht aus den drei Subhypothesen H 1.1, H 1.2 und H 1.3. Die erlebten Rollenqualitäten im beruflichen Umfeld werden im Zusammenhang mit der zweiten Hypothese überprüft, welche sich ebenso wie die erste Hypothese in die drei Subhypothesen H 2.1, H 2.2 und H 2.3 gliedert. In der dritten Hypothese werden die Rollenqualitäten sowohl im familiären als auch im beruflichen Umfeld zusammengefasst.

Hypothese 1:

Die erlebten Rollenqualitäten der hohen Zufriedenheit und niedrigen Belastung im familiären Umfeld weisen einen positiven Zusammenhang mit der seelischen

Gesundheit berufstätiger Frauen auf.

H 1.1: Gesunde berufstätige Frauen haben höhere Zufriedenheitswerte und geringere Belastungswerte (gemessen mit FRQ-P) in der Partnerschaft als berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen.

H 1.2: Gesunde berufstätige Frauen haben höhere Zufriedenheitswerte und geringere Belastungswerte (gemessen mit FRQ-H) im Haushalt als berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen.

H 1.3: Gesunde berufstätige Frauen haben höhere Zufriedenheitswerte und geringere Belastungswerte (gemessen mit FRQ-E) in der Elternschaft als berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen.

Hypothese 2:

Die erlebten Rollenqualitäten der hohen Zufriedenheit und niedrigen Belastung sowie ein geringerer Ungleichgewichtswert zwischen der Verausgabung und der Belohnung im beruflichen Umfeld weisen einen positiven Zusammenhang mit der seelischen Gesundheit berufstätiger Frauen auf.

H 2.1: Gesunde berufstätige Frauen haben höhere Zufriedenheitswerte und geringere Belastungswerte (gemessen mit FRQ-B) im beruflichen Umfeld als berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen.

H 2.2: Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen haben höhere Ungleichgewichtswerte zwischen Verausgabungs- und Belohnungswerten (gemessen mit ERI) im beruflichen Umfeld als gesunde berufstätige Frauen.

H 2.3: Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen zeigen häufiger ein arbeitsbezogenes gesundheitsgefährdendes Verhaltens- und Erlebensmuster (Risikomuster A und B; gemessen mit AVEM) als gesunde berufstätige Frauen.

Hypothese 3:

Der Gruppenunterschied (gesunde berufstätige Frauen vs. berufstätige Frauen mit

seelischen Erkrankungen) ist durch die erlebten Rollenqualitäten im Familienleben (gemessen mit FRQ-P, -H, und -E) besser erklärbar als durch die erlebten Rollenqualitäten im Berufsleben (gemessen mit FRQ-B, ERI und AVEM).

3.2 Zusammenhang zwischen Rollenqualität und seelischer Gesundheit

Welchen Zusammenhang gibt es zwischen den erlebten Rollenqualitäten (siehe Tab. 3.2, S. 48) sowohl im beruflichen als auch familiären Umfeld und der seelischen Gesundheit bei berufstätigen Frauen?

In dieser Studie wird erwartet, dass die zufrieden stellenden und belastenden Rollenqualitäten sowohl im familiären als auch beruflichen Umfeld einen Zusammenhang mit der seelischen Gesundheit haben. Um einen Unterschied mit diesem Zusammenhang zwischen gesunden berufstätigen Frauen und berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen zu beobachten, wurden die beiden Stichproben (klinische Stichprobe vs. Stichprobe Gesunder) getrennt berechnet. Der Grad seelischer Gesundheit wird mit Hilfe der Fragebögen „Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF), Symptom-Checkliste-Kurzversion-9 (SCL-K-9) und Brief Symptom Inventory (BSI)“ operationalisiert.

Hypothese 4:

Gesunde berufstätige Frauen haben seelisch gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster (gemessen mit TPF) sowie geringere subjektive Beeinträchtigungswerte durch körperliche und psychische Symptome (gemessen mit SCL-K-9/BSI) im Vergleich zu berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen.

Hypothese 5:

Die erlebten Rollenqualitäten sowohl im familiären als auch im beruflichen Umfeld weisen einen positiven Zusammenhang mit den arbeitsbezogenen gesundheitsfördernden bzw. -gefährdenden Verhaltens- und Erlebensmustern (Muster S und G sowie Risikomuster A und B; gemessen mit AVEM) auf. Dies zeigt sich sowohl bei den gesunden berufstätigen Frauen als auch bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen.

Hypothese 6:

Die erlebten Rollenqualitäten der hohen Zufriedenheitswerte und geringen Belastungswerte im familiären und beruflichen Umfeld weisen einen positiven Zusammenhang mit höheren Werten gesundheitsfördernder bzw. geringeren Werten gesundheitsgefährdender Verhaltens- und Erlebensmuster (gemessen mit TPF) sowie mit den geringeren subjektiven Beeinträchtigungswerten durch körperliche und psychische Symptome (gemessen mit SCL-K-9 und BSI) auf. Dies zeigt sich sowohl bei den gesunden berufstätigen Frauen als auch bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen.

3.3 Kulturelle Unterschiede bei gesunden berufstätigen Frauen

Welche kulturellen Unterschiede gibt es in der Wahrnehmung und Bewertung von familiären und beruflichen Rollenqualitäten und in dem Zusammenhang zwischen erlebten Rollenqualitäten und seelischer Gesundheit bei gesunden berufstätigen Frauen?

Wie bereits in Abschnitt 2.2.4 (S. 28) erwähnt, gibt es in Südkorea eine kulturgebundene psychosomatische Erkrankung mit der koreanischen Bezeichnung „Hwabyung (화병; 火病)“.

Nach koreanischen Forschungsergebnissen ist davon auszugehen, dass mehr als drei Viertel der unter Hwabyung Leidenden Frauen sind. Diese Frauen brachten ihre Erkrankung mit dem Ärger über familiäre Probleme in Verbindung, beispielsweise außereheliche Beziehungen des Ehemannes oder eine angespannte Beziehung zu den Schwiegereltern betreffend (Lee, 1977). Aufgrund des spezifischen kulturellen Kontextes (z.B. ungleiche Verteilung von familiären Verpflichtungen und Aufgaben von Mann und Frau, mangelnde Anerkennung für den geleisteten Aufwand; vgl. z.B. Min, 2009) wird in dieser Studie angenommen, dass in Südkorea mehr Risikofaktoren für Frauen vorherrschen als in Deutschland. Es wird von einer positiven Korrelation für die oben genannten Risikofaktoren in Bezug auf die seelische Erkrankung deutscher berufstätiger Frauen und berufstätiger Frauen in Südkorea ausgegangen. In der folgenden Tabelle 3.3 sind Risiko- und Schutzfaktoren zusammengestellt, die aus der ersten Fragestellung identifiziert wurden. Daneben werden erwartete kulturelle Unterschiede bei berufstätigen Frauen zwischen Südkorea und Deutschland dargelegt.

Tab. 3.3: Übersicht von erwarteten Ergebnissen in Bezug auf die 3. und 4. Forschungsfrage

Variablen für erlebte Rollenqualitäten		Erwartete Wirkungen für seelische Gesundheit in (bezüglich 1. Forschungsfrage)	Erwartete Ergebnisse	
			Deutschland	Südkorea
Familie	Zufriedene Rollenqualität in Partnerschaft, Haushalt und Elternschaft	Schutzfaktor	↑	↓
	Belastende Rollenqualität in Partnerschaft, Haushalt und Elternschaft	Risikofaktor	↓	↑
Beruf	Zufriedene Rollenqualität	Schutzfaktor	↑	↓
	Belastende Rollenqualität	Risikofaktor	↓	↑
	Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung	Risikofaktor	↓	↑
	Arbeitsbezogene gesundheitsgefährdende Verhaltens- und Erlebensmuster (Risikomuster A und B)	Risikofaktor	↓	↑
	Arbeitsbezogene gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster (Muster G und S)	Schutzfaktor	↑	↓
Gesellschaft	Einstellung gegenüber Psychotherapie und Akzeptanz der Gesellschaft	Schutzfaktor	↑	↓

Anmerkung. ↑= mehr und ↓= weniger.

Hypothese 7:

Berufstätige Frauen in Deutschland haben höhere Zufriedenheitswerte und geringere Belastungswerte in der Elternschaft, im Haushalt und in der Partnerschaft (gemessen mit FRQ-E, FRQ-H und FRQ-P) als berufstätige Frauen in Südkorea.

Hypothese 8:

Berufstätige Frauen in Deutschland haben höhere Zufriedenheitswerte und geringere Belastungswerte (gemessen mit FRQ-B) sowie geringere ERI-Werte zwischen Verausgabung und Belohnung (gemessen mit ERI) im beruflichen Umfeld als berufstätige Frauen in Südkorea.

Hypothese 9:

Berufstätige Frauen in Deutschland haben seelisch gesundheitsförderndere Verhaltens- und Erlebensmuster (geringere Werte für Selbstüberforderung, Überforderung und Resignation; gemessen mit AVEM) im beruflichen Umfeld als berufstätige Frauen in Südkorea.

Hypothese 10:

Der Gruppenunterschied (gesunde berufstätige Frauen in Deutschland vs. gesunde berufstätige Frauen in Südkorea) ist durch die erlebten Rollenqualitäten im Familienleben (gemessen mit FRQ-P, -H, und -E) besser erklärbar als durch die erlebten Rollenqualitäten im Berufsleben (gemessen mit FRQ-B, ERI und AVEM).

Hypothese 11:

Berufstätige Frauen in Deutschland haben seelisch gesundheitsförderndere Verhaltens- und Erlebensmuster (gemessen mit TPF) sowie geringere subjektive Beeinträchtigungswerte durch körperliche und psychische Symptome (gemessen mit BSI) im Vergleich zu berufstätigen Frauen in Südkorea.

Hypothese 12:

In den beiden Ländern Südkorea und Deutschland weisen die erlebten Rollenqualitäten der hohen Zufriedenheitswerte und geringeren Belastungswerte sowohl im familiären als auch beruflichen Umfeld einen positiven Zusammenhang mit den höheren Werten gesundheitsfördernder bzw. geringeren Werten

gesundheitsgefährdender Verhaltens- und Erlebensmuster (gemessen mit AVEM) auf.

Hypothese 13:

In beiden Ländern weisen die erlebten Rollenqualitäten der hohen Zufriedenheitswerte und geringen Belastungswerte sowohl im familiären als auch beruflichen Umfeld einen positiven Zusammenhang mit den höheren gesundheitsfördernden bzw. geringeren gesundheitsgefährdenden Verhaltens- und Erlebensmustern (gemessen mit TPF) sowie mit den geringeren subjektiven Beeinträchtigungswerten durch körperliche und psychische Symptome (gemessen mit BSI) auf.

3.4 Zusammenhang zwischen seelischer Gesundheit und der Einstellung bzw. gesellschaftlicher Akzeptanz gegenüber psychotherapeutischer Behandlung

Ist die Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe in der koreanischen Bevölkerung deutlich negativer als in der deutschen Bevölkerung? Welchen Zusammenhang gibt es zwischen seelischer Gesundheit und der Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe?

Die Einstellung gegenüber der Psychotherapie (Riedel, 1989) und das Stigmatisierungserleben (Schmid-Ott, 1999) haben einen bedeutsamen Einfluss auf die Therapiemotivation und damit auch auf den Therapieerfolg. Um seelische Erkrankungen durch Psychotherapie erfolgreich behandeln zu können, ist es daher sinnvoll, die gesellschaftliche und kulturelle Einstellung sowie die Akzeptanz gegenüber der psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Behandlung zu kennen.

Die gesellschaftlichen Werte und Normen beeinflussen sowohl den Leidensdruck als auch die Einstellung gegenüber der Psychotherapie (Ditte, 2007). Eine Studie von Ditte, Schulz und Schmid-Ott (2006) bestätigt, dass russische Probanden im Vergleich zu deutschen eine negativere Einstellung gegenüber einer Psychotherapie haben. Da Südkorea eine eher kollektivistisch geprägte Gesellschaft ist, wird vermutet, dass auch die koreanische Bevölkerung eine deutlich negativere Haltung gegenüber der Psychotherapie zeigt als die deutsche. Diese Forschungsfrage wurde mit Hilfe des Fragebogens zur

Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe (FEP) operationalisiert. Die Stichproben waren gesunde berufstätige Frauen in Deutschland vs. gesunde berufstätige Frauen in Südkorea; anhand dieser Stichproben wurde die Einstellung gegenüber psychotherapeutischer Behandlung nach kultureller Perspektive verglichen. In den Hypothesen 14 und 15 wurden die Einstellung und Akzeptanz der Gesellschaft gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung thematisiert. Schließlich wurde der Zusammenhang zwischen seelischer Gesundheit und dieser Einstellung bzw. Akzeptanz im Rahmen der Hypothese 16 untersucht.

Hypothese 14:

Die Einstellungswerte (gemessen mit FEP) gegenüber einer Psychotherapie in der koreanischen Bevölkerung sind geringer als in der deutschen Bevölkerung. Die Einstellung gegenüber einer Psychotherapie ist somit in Deutschland positiver als in Südkorea.

Hypothese 15:

Die gesellschaftlichen Akzeptanzwerte (gemessen mit FEP) in der koreanischen Bevölkerung sind geringer als in der deutschen Bevölkerung. Unter Koreanern gibt es somit größere Bedenken als in der deutschen Bevölkerung, durch eine Psychotherapie stigmatisiert zu werden.

Hypothese 16:

In beiden Ländern hat seelische Gesundheit (gemessen mit BSI, SCL-K-9 und TPF) hat einen positiven Zusammenhang mit den Einstellungswerten gegenüber einer Psychotherapie und den gesellschaftlichen Akzeptanzwerten.

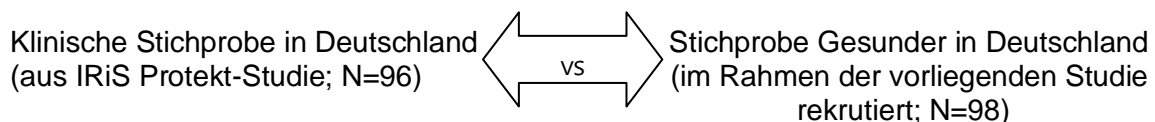
4 Methoden

4.1 Untersuchungsdesign

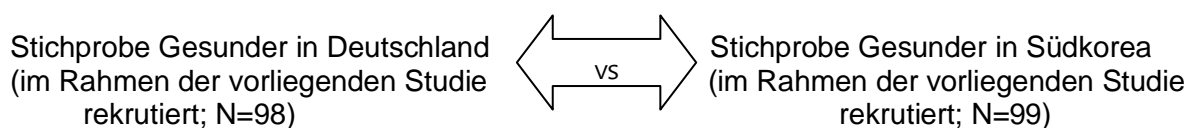
In der vorliegenden Studie gibt es drei verschiedene Stichproben für berufstätige Frauen, nämlich eine klinische Stichprobe, eine Stichprobe Gesunder in Deutschland und eine Stichprobe Gesunder in Südkorea. Wie aus Tabelle 4.1 ersichtlich, wurden zum Ersten berufstätige Patientinnen aus drei verschiedenen Rehabilitationskliniken in Deutschland im Rahmen einer Studie zur Identifizierung von Risiko- und Schutzfaktoren für Ängste und depressive Verstimmungen (sog. „IRiS Protekt-Studie“) befragt. Zunächst wurde diese klinische Stichprobe mit der Stichprobe gesunder berufstätiger Frauen in Deutschland verglichen. Danach wurden gesunde berufstätige Frauen in Deutschland zum Vergleich mit den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea herangezogen. Die Stichproben Gesunder in Deutschland und Südkorea wurden im Rahmen der vorliegenden Studie selbst erhoben. Um aussagekräftige Stichproben zu gewinnen, wurden deutsche und südkoreanische Frauen aus demselben Tätigkeitsbereich befragt. Für diese Studie wurden Frauen, die in den verschiedenen Abteilungen eines Krankenhauses arbeiten, rekrutiert. In Abschnitt 4.2 wird genauer beschrieben, wie die Datenerhebungen für die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland und Südkorea durchgeführt wurden.

Tab. 4.1: Untersuchungsdesign der vorliegenden Studie

1. Die erste und zweite Forschungsfrage:



2. Die dritte und vierte Forschungsfrage:



4. 2 Rekrutierungen

Wie bereits erwähnt, besteht die vorliegende Studie aus drei Stichproben: eine klinische Stichprobe in Deutschland aus der IRiS Protekt-Studie, eine Stichprobe Gesunder in Deutschland und eine Stichprobe Gesunder in Südkorea. Im folgenden Abschnitt wird beschrieben, wie die Probandinnen rekrutiert wurden. Im Rahmen dieser Studie wurden die Stichproben Gesunder sowohl in Deutschland als auch in Südkorea selbst erhoben, während die Daten für die klinische Stichprobe herbeigebracht wurden. Entsprechend dem Untersuchungsablauf in der vorliegenden Studie wurden die Fragebögen in Papier-Bleistift-Form bearbeitet. Die Zeit für das Ausfüllen betrug ca. 30 Minuten.

Rekrutierung für die klinische Stichprobe in Deutschland (unveröffentlichter Projektbericht vom Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln, 2007)

Bei der klinischen Stichprobe handelt es sich um die Daten einer Studie aus dem Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln (IQPR), um Risiko- und Protektionsfaktoren für Ängste und depressive Verstimmungen bei berufstätigen Frauen und Männern zu identifizieren sowie um ein Präventionskonzept für Gesundheitssicherung zu erstellen. Diese Studie trägt die abgekürzte Bezeichnung „IRiS Protekt-Studie“. Die Daten wurden in drei verschiedenen psychosomatischen Rehabilitationskliniken in Deutschland im Zeitraum vom 01. 06. 2006 bis 31. 12. 2007 erhoben, und zwar an der Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee, an der Berolina Rehabilitationsklinik für verhaltensmedizinische Orthopädie und Psychosomatik sowie an der Brunnen-Klinik für psychosomatische und psychotherapeutische Prävention und Rehabilitation (unveröffentlichter Projektbericht; IQPR, 2007). Aus den gesamten Daten der IRiS Protekt-Studie wurden die von 96 Patientinnen nach den Auswahlkriterien „Geschlecht und Berufstätigkeit“ entnommen und für die klinische Stichprobe genutzt.

Rekrutierung in Deutschland

Im Zeitraum von Anfang Dezember 2010 bis Ende Februar 2011 wurden die Daten für Deutschland in dem evangelischen Krankenhaus Lütgendortmund in Dortmund erhoben. Dazu wurde dem Leiter des Krankenhauses zu Beginn die vorliegende Studie erläutert, um eine Genehmigung für die Durchführung der Studie zu erhalten. Danach wurden die Mitarbeiterinnen persönlich auf ihr Interesse angesprochen, an der Studie teilzunehmen. Die

Teilnehmerinnen erhielten von Süßigkeiten abgesehen kein Entgelt.

Rekrutierung in Südkorea

Vor der Datenerhebung in Südkorea musste Kontakt mit dem Chefarzt der Abteilung Psychiatrie per E-Mail aufgenommen werden. Auf diesem Wege wurde die Möglichkeit abgeklärt, die Fragebögen unter den Mitarbeiterinnen in dem Krankenaus zu verteilen und in der Abteilung für Psychiatrie zu hospitieren. Parallel fanden die Vorbereitungen, z.B. Übersetzung von Fragebögen, statt. Nach der Zusage wurde die Reise nach Südkorea auf den Zeitraum vom 01. August 2011 bis Ende August 2011 terminiert. Aufgrund der mit der Industrialisierung einhergegangenen Ausprägung der „Bali-Bali (schnell-schnell)-Kultur“ in Südkorea wurde schon vermutet, dass die Datenerhebung rasch erfolgen könnte. Die Fragebögen wurden am 01. August 2011 verteilt und am 15. August 2011 kamen alle verteilten Fragebögen zurück. Es war sehr erstaunlich, dass die Daten innerhalb dieses sehr kurzen Zeitraums erhoben werden konnten. Zunächst kontaktierte und informierte der Chefarzt alle AbteilungsleiterInnen zur Studie, so dass alle Abteilungen ihre Unterstützung zusagten. Danach wurden die einzelnen Mitarbeiterinnen persönlich gefragt, ob sie teilnehmen wollten. Interessanterweise kamen alle Fragebögen jeder Abteilung jeweils zusammen zurück, auch wenn die Fragebögen separat verteilt worden waren. Evtl. spielte eine dort herrschende kollektivistische Kultur dabei eine Rolle. Die ausgefüllten Fragebögen wurden sehr schnell zurückgegeben. Als Belohnung erhielten die Teilnehmerinnen einen Gutschein (3 Euro).

4.3 Beschreibungen der Erhebungsinstrumente

In diesem Abschnitt werden die folgenden verwendeten Fragebögen beschrieben, die zur Beantwortung der vorliegenden Forschungsfragen eingesetzt wurden: Fragebögen zur Rollenqualität in Beruf, Partnerschaft, Elternschaft und Haushalt (FRQ-B, -P, -E und -H; in Abschnitt 4.3.1), Effort-Reward-Imbalance (ERI; in Abschnitt 4.3.2), Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM; in Abschnitt 4.3.3), Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF; in Abschnitt 4.3.4), Brief Symptom Inventory bzw. Symptom-Checkliste-Kurzversion-9 (BSI bzw. SCL-K-9; in Abschnitt 4.3.5), und der Fragebogen zur Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe (FEP; in Abschnitt 4.3.6).

4.3.1 Fragebögen zu Rollenqualitäten (FRQ)

Wie bereits in Abschnitt 2.1 (S. 3) beschrieben, wird die jeweilige Mischung oder Balance zwischen Zufriedenheit (engl. „reward“) und Belastung (engl. „concern“) von Baruch und Barnett (1986) als Rollenqualität definiert (Maurischat et al., 2005). Das englische Wort „reward“ kann mit dem Begriff Belohnung übersetzt werden. In der vorliegenden Studie wird Zufriedenheit verwendet. Aus dieser Definition wurden die Fragebögen zu Rollenqualitäten aus der Studie Barnett, Davidson und Marshall (1991) konzipiert. Ursprünglich wurden die Fragebögen zu subjektiven Belastungen und Zufriedenheiten in den drei verschiedenen Rollen *Berufstätigkeit* (Maurischat & Mittag, 2004), *Partnerschaft* und *Elternschaft* (Maurischat, Herwig, Bengel & Mittag, 2005) erfasst. Aus den Konzepten von FRQ-B, -P und -E wurden Fragebögen zum Haushalt am „Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule Köln (IQPR)“ entwickelt. In der vorliegenden Studie wurden die Rollenqualitäten in den Bereichen *Beruf*, *Partnerschaft*, *Elternschaft* und *Haushalt* gemessen.

Fragebogen zur beruflichen Rollenqualität (FRQ-B; Maurischat & Mittag, 2004)

Es gibt insgesamt 23 Items; 11 für Zufriedenheit und 12 für Belastung. Als Eingangsfrage für die Skala *Zufriedenheit* wird gefragt: „*Wie zufriedenstellend sind die folgenden Bereiche Ihrer beruflichen Tätigkeiten für Sie?*“ Die folgenden Bereiche umfassen positive Aspekte von Tätigkeiten: *Kontakt und Austausch mit Kollegen, Anerkennung und Selbstbestätigung, angemessene Bezahlung, in der Firma gebraucht werden, Lob vom Vorgesetzten, Lob von Kollegen, Möglichkeiten, zu lernen und sich zu entwickeln, Interessen und Fähigkeiten einsetzen können, Sicherheit des Arbeitsplatzes, Aufstiegsmöglichkeiten/Karriere und aus dem Haus kommen*. Als Eingangsfrage für die Skala *Belastung* wird gefragt: „*Wie belastend sind folgenden Bereiche Ihrer beruflichen Tätigkeiten für Sie?*“ Die Bereiche lauten wie folgt: *Überlastung; Zeitdruck; Arbeitstempo, Langeweile; Monotonie; Unterforderung, Belastung durch Lärm, Hitze, Kälte, Nässe etc., unangenehme oder einseitige Tätigkeiten, schwere körperliche Arbeit, ungünstige Arbeitszeiten, zu starke Reglementierung oder Kontrolle, fehlendes Lob oder Anerkennung, Konflikte mit Vorgesetzten, Konflikte mit Kollegen, schlechte Bezahlung und Unsicherheit des Arbeitsplatzes*. In einer vierstufigen Likert-Skala von 0=„überhaupt nicht“ bis 3=„in höchstem Maße“ werden die Fragen beantwortet. Zum Schluss wird die Anzahl der Berufsjahre mit einer sechsstufigen Likert-Skala erfragt: 1=unter 1 Jahr, 2=von 1 bis 5 Jahre, 3=von 6 bis 10 Jahre, 4=von 11 bis 20 Jahre, 5=von 21 bis 40

Jahre und 6=über 40 Jahre. Die interne Konsistenz der Cronbach's α beträgt .84. Der Wert von Split-Half-Reliabilitäten (Spearman-Brown) liegt zwischen .72 und .84 (Maurischat & Mittag, 2004).

Fragebogen zur Rollenqualität von Partnerschaft (FRQ-P; Maurischat, Herwig, Bengel & Mittag, 2005)

Die Items umfassen sieben für Zufriedenheit und sieben für Belastung; insgesamt sind also 14 Items vorhanden. Als Eingangsfrage für die Skala Zufriedenheit wird gefragt: „*Wie zufriedenstellend sind die folgenden Bereiche Ihrer Partnerschaft für Sie?*“ Unter dieser Eingangsfrage werden die verschiedenen Perspektiven abgefragt wie *Austausch mit dem Partner, Dinge gemeinsam entscheiden können, Zärtlichkeit/ Sexualität, versorgt bzw. umsorgt sein, gemeinsame Aktivitäten (Freizeit etc.) und nicht allein sein*. Ebenso wird als Eingangsfrage für die Skala Belastung gefragt: „*Wie belastend sind folgende Bereiche Ihrer Partnerschaft für Sie?*“ Die folgenden Bereiche heißen *offener Streit mit dem Partner, Konflikte und Meinungsverschiedenheiten, fehlende Zuneigung und Liebe, Untreue des Partners, störende Angewohnheiten des Partners, finanzielle Sorgen und Probleme und fehlendes Verhältnis*. In der vierstufigen Likert-Skala muss jedes Item für die beiden Skalen beantwortet werden: von „0=überhaupt nicht“ bis „3=in höchstem Maße“. Die interne Konsistenz der Cronbach's α liegt zwischen .86 und .91 (Maurischat, Herwig, Bengel & Mittag, 2005).

Fragebogen zur Rollenqualität von Elternschaft (FRQ-E; Maurischat, Herwig, Bengel & Mittag, 2005)

Der FRQ-E ist aus 18 Items gebildet, die aus den zwei Skalen *Zufriedenheit* (9 Items) und *Belastung* (9 Items) bestehen. Mit der Eingangsfrage „*Wie zufriedenstellend sind die folgenden Bereiche Ihrer Elternschaft für Sie?*“ werden folgende Bereiche für Belohnung befragt; *Erleben, wie die Kinder groß werden, von den Kindern gebraucht werden, Austausch mit den Kindern, Verantwortung für die Kinder, eigene Erfahrungen weitergeben können und dem eigenen Leben Bedeutung geben*. Für Belastung wird eingangs nach potenziellen Belastungen gefragt: „*Wie belastend sind folgende Bereiche Ihrer Elternschaft für Sie?*“ *Sorge um Gesundheit/Sicherheit der Kinder, Schulprobleme der Kinder, Sorge um berufliche Zukunft der Kinder, Verantwortung/Verpflichtungen, Streitereien/Zankerei unter den Kindern, Lärm; Durcheinander/Unordnung, Konflikte mit den Kindern, Kinder kümmern sich zu wenig/helfen zu wenig und Enttäuschung über Entwicklung der Kinder*. Die

Stichproben sollen mit der vierstufigen Likert-Skala für die Items beantwortet werden: von „0=überhaupt nicht“ bis „3=in höchstem Maße“. Anschließend wird die Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder mit einer sechsstufigen Likert-Skala erfragt: 0=0, 1=1, 2=2, 3=3, 4=4, 5=5-6 und 6=über 7. Die interne Konsistenz (Cronbach`s α) liegt zwischen .75 und .76.

Fragebogen zur Rollenqualität im Haushalt (FRQ-H; Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sportschule Köln)

Der Fragebogen zur Rollenqualität im Haushalt (FRQ-H) wurde vom Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sportschule Köln (IQPR) in Anlehnung an FRQ-B, -P und -E konzipiert. Der FRQ-H beinhaltet sieben Items für Zufriedenheit und sieben Items für Belastung. Die Eingangsfrage lautet für die Zufriedenheit *„Wie zufriedenstellend sind die folgenden Bereiche Ihrer Haushaltstätigkeit für Sie?“* In den Bereichen werden verschiedene positive Aspekte des Haushalts erfasst; *„Ich erfahre Unterstützung durch den/die PartnerIn“*, *„Ich glaube, dass ich die Hausarbeit besser erledige als mein(e) Partner(In), dass mir diese Arbeiten leicht von der Hand gehen“*, *„Es macht mir nicht viel aus, den Haushalt zu führen“*, *„Ich bekomme für die Hausarbeit Anerkennung“*, *„Ich fühle, dass ich gebraucht werde, Ich bekomme Lob von Nahestehenden (PartnerIn, Familie etc.)“*, *„Ich bin zu Hause für die Schaffung einer guten Stimmung zuständig“*. Zur Abklärung von Belastung dient die Eingangsfrage *„Wie belastend sind folgende Bereiche Ihrer Haushaltstätigkeit für Sie?“* Die folgenden Bereiche werden in der Belastung erfasst: *„Ich wünsche mir, dass mein/meine PartnerIn im Haushalt mehr tut“*, *„Ich erledige den überwiegenden Teil des Haushalts“*, *„Ich fühle mich unterfordert. Mich langweilt die Hausarbeit“*, *„Mein/meine PartnerIn drückt sich vor der Hausarbeit“*, *„Wegen der Hausarbeit habe ich niemals Feierabend“*, *„Ich fühle mich während der Hausarbeit einsam“* und *„Arbeit außerhalb der Wohnung im Beruf wird als bedeutsamer angesehen“*. Zuletzt wird der Zeitaufwand (in Stunden) für den Haushalt abgefragt.

4.3.2 Effort-Reward-Imbalance (ERI; Siegrist, 1996)

Durch den ERI-Fragebogen können erlebte Arbeitsbelastungen, insbesondere das Gleichgewicht/Ungleichgewicht zwischen der geforderten Verausgabung und erfahrenen (bis erwarteten) Belohnung, erfasst werden. Der ERI-Fragebogen wurde ebenso in der vorliegenden Studie verwendet, um berufsspezifische Belastungen zu messen. Der

Fragebogen besteht aus drei Dimensionen: *berufliche Verausgabung*, *berufliche Belohnung* und *übersteigerte berufliche Anstrengungsbereitschaft*. Die Dimension *berufliche Verausgabung* besteht aus sechs Items. Die Dimension *berufliche Belohnung* bezieht sich auf die drei verschiedenen Komponenten Anerkennung, Bezahlung/Aufstieg und Arbeitssicherheit (siehe Tab. 4.2). Die Items aus den beiden Dimensionen „*Verausgabung*“ und „*Belohnung*“ lassen sich entweder mit „Ja“ oder mit „Nein“ beantworten. Zunächst folgt eine vierstufige Antwortskala mit 1=„Ja, und das belastet mich gar nicht“, 2=„Ja, und das belastet mich mäßig“, 3=„Ja, und das belastet mich stark“ und 4=„Ja, und das belastet mich sehr stark“, wenn eine Versuchsperson die vorherige Frage bereits bejaht hat. Die Items aus diesen Dimensionen müssen insgesamt auf einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet werden. Die Dimension „*übersteigerte berufliche Anstrengungsbereitschaft*“ ist auf einer vierstufigen Likert-Skala (von 1=„stimme gar nicht zu“ bis 4=„Stimme voll zu“) zu beantworten.

Tab.4.2: Die drei Skalen aus dem ERI-Fragebogen

Verausgabung (Effort)	Belohnung (Reward, insgesamt 11 Items)			Übersteigerte berufliche Anstrengungsbereitschaft (Overcommitment)
	Anerkennung	Bezahlung/ Aufstieg	Arbeitsplatz- sicherheit	
6 Items	5 Items	4 Items	2 Items	6 Items
Intrinsische Komponenten				Extrinsische Komponenten

Anmerkungen. In der vorliegenden Studie wurden die Fragen aus den zwei Skalen Verausgabung und Belohnung verwendet, da ein ERI-Wert wichtig für diese Studie ist.

Effort-Reward-Imbalance (ERI)

Das ERI-Modell (Gratifikationskrisenmodell) nach Siegrist (1996) gibt Auskunft darüber, dass ein Ungleichgewicht von beruflichen Verausgabungen (Effort) und erhaltenen/erwarteten Belohnungen (Reward) zu einer Gratifikationskrise führt. Gratifikationskrisen folgen zu negativen Gefühlen und, vermittelt über physiologische Prozesse, zu einer dauerhaften Aktivierung des Organismus, die das Erkrankungsrisiko langfristig erhöht (Rau et al., 2010). Aus diesem Grund wird ein Verhältnis zwischen beiden Skalen (Verausgabung und Belohnung) wie folgt berechnet (Peter, 2002):

$$ERI = \frac{\sum \text{Verausgabung}}{\sum \text{Belohnung} \times C}$$

Der Wert „C“ definiert einen Gewichtungsfaktor für eine unterschiedliche Anzahl von Elementen in Zähler und Nenner. Der Gewichtungsfaktor wird aus der Anzahl der Items im Zähler dividiert, durch die Anzahl der Items im Nenner, berechnet. In der vorliegenden Studie beträgt der Gewichtungsfaktor 0.5454, weil die Summe im Nenner aus sechs Items besteht (6/11). Wenn ein Wert für ERI in der Nähe von 0 liegt, weist dies auf günstige Arbeitsbedingungen hin (relativ niedrige Verausgabung und relativ hohe Belohnung), während ungünstige Arbeitsbedingungen (hohe Verausgabung und niedrige Belohnung) vorliegen (Siegrist et al., 2004), wenn ein Wert in der Nähe von 1 liegt. Als kritischer Wert schlug Siegrist (2002) die ERI-Werte > 1 vor, wenn berufliche Verausgabung die berufliche Belohnung übersteigt. Durch Überprüfung der Konsistenz aus drei Skalen (Effort, Reward und Overcommitment) konnte eine gute innere Konsistenz festgestellt werden. Die Cronbach's α variierten für die Skala der Verausgabung zwischen .61 und .88 (Siegrist, 2002), für die Skala der Belohnung zwischen .70 und .91 (Peter, Geisler, & Siegrist, 1998) sowie für die Skala übersteigter beruflicher Anstrengungsbereitschaft zwischen .64 und .81 (Siegrist, Starke, Niedhammer & Peter, 2001).

4.3.3 Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM; Schaarschmidt & Fischer, 2008)

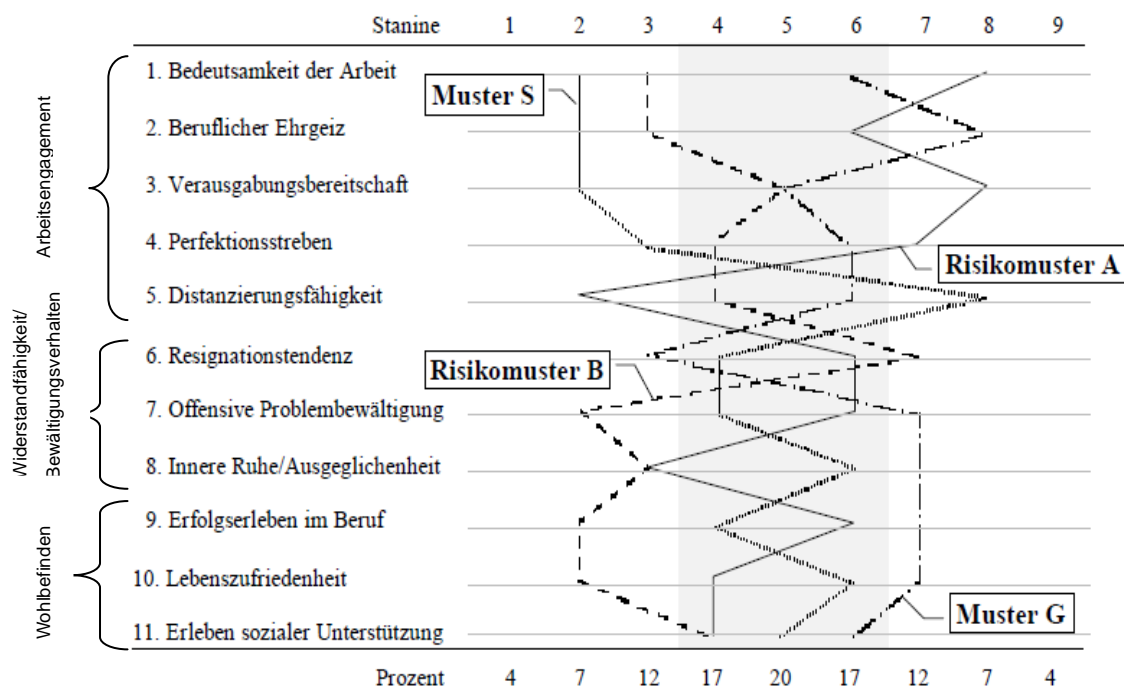
Das AVEM erfasst gesundheitsförderliche bzw. -gefährdende Einstellung und Befindlichkeit im beruflichen Bereich. Die arbeitsbezogenen Verhalten- und Erlebensmerkmale setzen sich aus den folgenden 11 Dimensionen zusammen: *subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, beruflicher Ehrgeiz, Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben, Distanzierungsfähigkeit, Resignationstendenz bei Misserfolg, Offensive Problembewältigung, innere Ruhe und Ausgeglichenheit, Erfolgserleben im Beruf, Lebenszufriedenheit, Erleben sozialer Unterstützung*. Die 11 Dimensionen können in drei inhaltlichen Bereichen (Arbeitsengagement, Widerstandsfähigkeit/Bewältigungsverhalten und Wohlbefinden) zusammengestellt werden (siehe Tab. 4.3). Insgesamt besteht der Fragebogen aus 66 Items (6 Items/Dimension), die auf einer fünfstufigen Likert-Skala (von 1=„trifft überhaupt nicht zu“ bis 5=„trifft völlig zu“) zu beantworten sind.

Tab. 4.3: Die 11 Dimensionen des AVEM (modifiziert nach Schaarschmidt & Fischer, 2008)

	Dimension	Erklärung
Arbeitsengagement	1. Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit	Stellenwert der Arbeit im persönlichen Leben Beispielitem: Die Arbeit ist für mich der wichtigste Lebensinhalt.
	2. Beruflicher Ehrgeiz	Streben nach beruflichem Aufstieg und Erfolg Beispielitem: Für meine berufliche Zukunft habe ich mir noch viel vorgenommen.
	3. Verausgabungsbereitschaft	Bereitschaft, die persönliche Kraft für die Erfüllung der Arbeitsaufgabe einzusetzen Beispielitem: Wenn es sein muss, arbeite ich bis zur Erschöpfung.
	4. Perfektionsstreben	Anspruch bezüglich Güte und Zuverlässigkeit der eigenen Arbeitsleistung Beispielitem: Was immer ich tue, es muss perfekt sein.
	5. Distanzierungsfähigkeit	Fähigkeit zur psychischen Erholung von der Arbeit Beispielitem: Nach der Arbeit kann ich ohne Probleme abschalten.
Widerstandsfähigkeit/ Bewältigungsverhalten	6. Resignationstendenz bei Misserfolg	Neigung, sich mit Misserfolgen abzufinden und leicht aufzugeben Beispielitem: Wenn ich keinen Erfolg habe, resigniere ich schnell
	7. Offensive Problembewältigung	Aktive und optimistische Haltung gegenüber Herausforderungen und auftretenden Problemen Beispielitem: Wenn mir etwas nicht gelingt, sage ich mir: Jetzt erst recht!
	8. Innere Ruhe und Ausgeglichenheit	Erleben psychischer Stabilität und inneren Gleichgewichts Beispielitem: Mich bringt so leicht nichts aus der Ruhe.
Wohlbefinden	9. Erfolgserleben im Beruf	Zufriedenheit mit dem beruflich Erreichten Beispielitem: Mein bisheriges Berufsleben war recht erfolgreich.
	10. Lebenszufriedenheit	Zufriedenheit mit der gesamten, auch über die Arbeit hinausgehenden Lebenssituation Beispielitem: Im Großen und Ganzen bin ich glücklich und zufrieden.
	11. Erleben sozialer Unterstützung	Vertrauen in die Unterstützung durch nahestehende Menschen, Gefühl der sozialen Geborgenheit Beispielitem: Mein Partner/ meine Partnerin zeigt Verständnis für meine Arbeit.

Die 11 Dimensionswerte können mit vier Mustern (Muster G, Muster S, Risikomuster A und Risikomuster B) für gesundheitsförderliches bzw. -gefährdende Verhaltens und Erleben in Bezug auf berufliche Belastungen erkannt werden (siehe Abb. 4.1). Als Nächstes werden die vier Muster genauer beschrieben.

Abb. 4.1: Dimensionsprofile der vier charakteristischen Muster des AVEM (modifiziert nach Schaarschmidt & Fischer 2008; Schaarschmidt, 2006)



Anmerkungen. Die Darstellung bezieht sich auf die Stanine-Skala, die von 1 bis 9 reicht und deren Mittelwert 5 beträgt. Aus der unteren Zeile ist zu ersehen, mit welcher prozentualen Häufigkeit die jeweiligen Skalenwerte in der Normstichprobe vorkommen (Muster G: Strich-Punkt-Linie, Muster S: gepunktete Linie, Muster A: durchgezogene Linie, Muster B: gestrichelte Linie).

Muster G

Das Muster G ist Ausdruck von Gesundheit und ein Hinweis auf ein gesundheitsförderliches Verhalten gegenüber der Arbeit (Schaarschmidt & Fischer 2008). Bei dem inhaltlichen Bereich *Arbeitsengagement* liegen die Werte bezüglich der subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit, der Verausgabungsbereitschaft, des Perfektionsstrebens und der Distanzierungsfähigkeit auf dem (leicht) erhöhten bis mittleren Normbereich, während der berufliche Ehrgeiz am stärksten ausgeprägt ist. Unter dem zweiten inhaltlichen Bereich *Widerstandsfähigkeit/Bewältigungsverhalten* kann man betrachten, dass die drei Dimensionen Resignationstendenz, offensive Problembewältigung und innere Ruhe/Ausgeglichenheit in einem günstigen Normwert liegen. Zum Schluss haben alle Dimensionen von Wohlbefinden idealerweise hohe Werte. Zusammenfassend ist das Muster G durch stärkeres Engagement, Belastbarkeit,

Zufriedenheit und Wohlbefinden gekennzeichnet.

Muster S

Das Muster S ist eine Abkürzung von **S**chonung. Wie die oben dargestellte Abbildung 4.2 für Dimensionsprofile zeigt, befinden sich geringe Ausprägungen hinsichtlich der Bedeutsamkeit der Arbeit, des beruflichen Ehrgeizes, der Verausgabungsbereitschaft und des Perfektionsstrebens, während die Distanzierungsfähigkeit stark ausgeprägt ist. Ansonsten liegen alle anderen Dimensionswerte im Normbereich. Schließlich lässt sich feststellen, dass ein positives Lebensgefühl und eine relativ hohe Lebenszufriedenheit eher aus einer anderen Lebensquelle außerhalb der Arbeit stammt.

Risikomuster A

Das Risikomuster A ist ein gesundheitsgefährdendes Verhaltens- und Erlebensmuster und der Buchstabe A steht für zu hohe **A**nstrengung. Die Dimensionsprofile lassen recht deutlich erkennen, dass die hohen Werte für Bedeutsamkeit, beruflichen Ehrgeiz, Verausgabungsbereitschaft und Perfektionsstreben gegensätzlich verminderte Werte für Distanzierungsfähigkeit und innere Ruhe/Ausgeglichenheit haben. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass dieses Risikomuster A durch keine positive emotionale Entsprechung trotz hoher Anstrengung gekennzeichnet ist, wobei eine enge Verbindung mit eingeschränkter Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen und negativen Gefühlen besteht. Dieses Muster hat große Ähnlichkeit mit dem so genannten Typ-A-Verhaltenskonzept (Friedman & Rosenman, 1974).

Risikomuster B

Das Risikomuster B ist ein gesundheitsgefährdendes Verhaltens- und Erlebensmuster. Im Vordergrund steht ein emotionaler Erschöpfungszustand mit verminderter Leistungsfähigkeit, der dem sog. **B**urnout-Syndrom entspricht. Dieses Muster kann folgendermaßen charakterisiert werden: eine hohe Resignationstendenz, ein vermindertes Arbeitsengagement, eine verminderte Belastbarkeit und ein vermindertes Wohlbefinden (Unzufriedenheit und negative Emotionen).

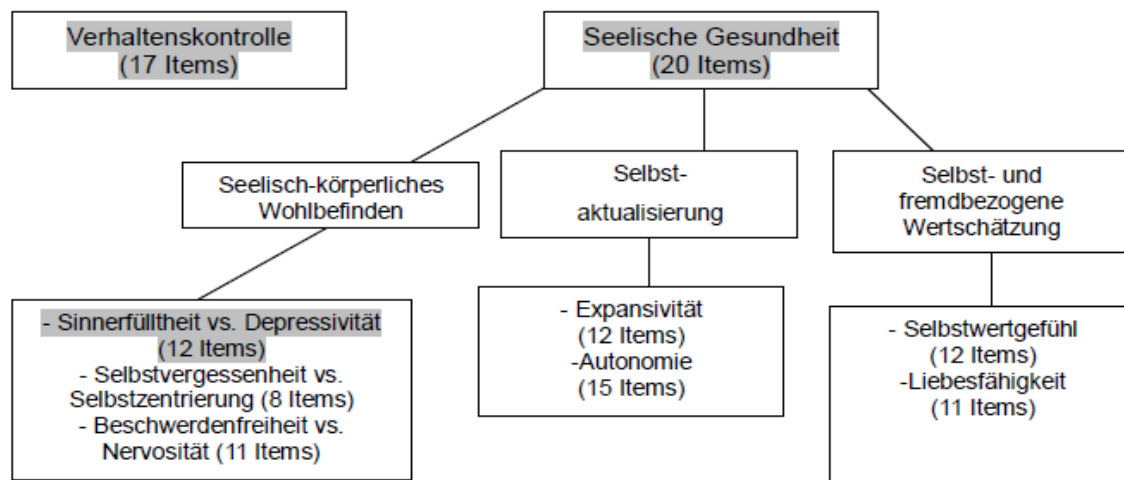
Die Musterbeschreibungen können sich auf das jeweilige Muster beziehen, wenn die Zuordnungswahrscheinlichkeit gegenüber einem der Referenzprofile über 95 % beträgt. In diesem Fall lässt sich eine ganz eindeutige Aussage für die Musterzugehörigkeit treffen. Häufig ist keine eindeutige Musterzuordnung vorzufinden. In diesem Fall kann zwar

entweder ein akzentuiertes oder ein tendenzielles Muster vorherrschen, aber nicht in dem Maße, dass von einer vollen Ausprägung gesprochen werden kann. Eine Person gehört zu einem akzentuierten Muster, wenn die Zuordnungswahrscheinlichkeit gegenüber einem der Referenzprofile zwischen 80 % und 95 % beträgt. Wenn eine Ausprägung für ein Muster zwischen 50 % und 80 % sowie kein zweites Muster über 30 % ist, dann kann es der tendenziellen Ausprägung zugeordnet werden. Ebenfalls gibt es keine Beschränkung mit der weniger eindeutigen Musterzuordnung für das diagnostische Ergebnis. Schließlich weist AVEM in allen 11 Skalen eine hohe innere Konsistenz auf; Cronbach's α beträgt zwischen .79 und .83 (Schaarschmidt & Fischer, 2008).

4.3.4 Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF; Becker, 1989)

Der TPF ist ein Instrument zur Messung relativ stabiler Eigenschaften, wodurch Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Gedanken, Gefühle und Einstellungen, die sich mehr oder weniger häufig zeigen, möglich sind (Becker, 1989). Wie Abbildung 4.2 zeigt, erfasst er die beiden unabhängigen Superfaktoren der Persönlichkeit „*Verhaltenskontrolle*“ und „*seelische Gesundheit*“. Da Superfaktoren häufig mit anderen Persönlichkeitsfaktoren verbunden sind, wird der Superfaktor *seelische Gesundheit* auf der Ebene von sieben faktorenanalytisch begründeten Komponenten zusammengestellt, die aus den drei Bereichen „*seelisch-körperliches Wohlfinden*“, „*Selbstaktualisierung*“ und „*selbst- und fremdbezogene Wertschätzung*“ entstanden sind. Zusammenfassend umfasst der TPF neun Skalen und insgesamt 120 Items. Die Fragen müssen auf einer vierstufigen Likert-Skala beantwortet werden: 4=immer, 3=oft, 2=manchmal und 1=nie. In der vorliegenden Studie wurden 49 Items für drei in Abbildung 4.2 markierte Skalen „*Verhaltenskontrolle* (17 Items)“, „*seelische Gesundheit* (20 Items)“ aus Superfaktor und „*Sinnerfülltheit vs. Depressivität* (11 Items)“ aus den insgesamt 120 Itemzahlen eingesetzt.

Abb. 4.2: Hierarchische Struktur der TPF-Skalen (modifiziert nach Becker, 1989, S. 12)



Anmerkungen. Die gesamten Fragen bestehen aus 120 Items. Zwei Items sind Pseudoitems, die nicht ausgewertet werden. Da die drei in der Abbildung markierten Skalen bereits in der IRiS Protekt-Studie verwendet wurden, wurden sie in der vorliegenden Studie zum Vergleich der Stichproben ebenfalls eingesetzt.

Die folgende Tabelle 4.4 zeigt, wie die Ergebnisse bei den Skalen für „Verhaltenskontrolle, seelische Gesundheit und Sinnerfülltheit vs. Depressivität“ interpretiert werden können. In der Messung werden die ganzen Items (die Ziffern der Items: 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 32) für die Skala „Sinnerfülltheit vs. Depressivität“ in der vorliegenden Studie umgepolt, so dass hohe Werte einer Richtung für Depressivität sprechen. In Tabelle 4.4 wird die Zeile für diese Skala mit einer Farbe markiert, da der positive bzw. gesunde Pol zum negativen bzw. ungesunden Pol von rechts nach links bei der Skala „Sinnerfülltheit vs. Depressivität“ pendelt, während sich der positive bzw. gesunde Pol zum negativen bzw. ungesunden Pol von links nach rechts bewegt.

Nach Becker wurde die Reliabilitätsüberprüfung untersucht und dadurch erkannt, dass die internen Konsistenten generell als befriedigend beurteilt werden können, wobei die gute Reliabilität der Skala für seelische Gesundheit herausragt. Durch die Retestreliabilitäten können die Wiederholungszuverlässigkeiten ebenfalls als befriedigend eingeschätzt werden (Becker, 1989).

Tab. 4.4: Interpretation der Ergebnisse aus TPF (modifiziert nach Becker, 1989, S. 35)

	Hohe Werte	Niedrige Werte
Verhaltenskontrolle	<ul style="list-style-type: none"> - ist vorsichtig besonnen - überlegt sorgfältig vor Entscheidungen - plant auf lange Sicht - zurückhaltend, kontrolliert - reagiert langsam und bedächtig - meidet unbekannte Situationen - meidet Risiken - strebt nach Ordnung - rücksichtsvoll - selbstunsicher - wohlangepasst 	<ul style="list-style-type: none"> - ist sorglos und impulsiv - neigt zu spontanen Entscheidungen - lebt im Hier und Jetzt - begeisterungsfähig; überschwänglich - neigt zu raschen Reaktionen - kann sich auf neuartige Situationen gut einstellen; liebt Abwechslung - geht Risiken ein - kann Unordnung gut ertragen - wenig rücksichtsvoll bis egoistisch - selbstsicher - tanzt gerne aus der Reihe
Seelische Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> - stark ausgeprägte Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen - hohe Lebenszufriedenheit - selbstsicher - frei von Minderwertigkeitsgefühlen - durchsetzungsfähig - willensstark - hohe emotionale Widerstandskraft - aktiv und tatkräftig - sorglos, optimistisch - gute körperlich-seelische Verfassung - hohe Leistungsorientierung und Leistungsfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> - gering ausgeprägte Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen - geringe Lebenszufriedenheit - selbstunsicher - unter Minderwertigkeitsgefühlen leidend - geringe Durchsetzungsfähigkeit - willensschwach - geringe emotionale Widerstandskraft - passiv, gelähmt - besorgt, pessimistisch - schlechte körperlich-seelische Verfassung - geringe Leistungsorientierung und Leistungsfähigkeit
Sinnerfülltheit versus Depressivität ⁽¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Gefühl der Sinnlosigkeit und Leere - geringe Lebenszufriedenheit - häufige Gefühle der Ohnmacht, Hilflosigkeit, Angst und Niedergeschlagenheit - neigt zu Schuldgefühlen - selbstunsicher - Einsamkeitsgefühle - fühlt sich von anderen missverstanden und abgelehnt 	<ul style="list-style-type: none"> - Leben erscheint sinnvoll und ausgefüllt - hohe Lebenszufriedenheit - relativ frei von Gefühlen der Ohnmacht, Hilflosigkeit, Angst und Niedergeschlagenheit - relativ frei von Schuldgefühlen - selbstsicher - Gefühl der sozialen Verbundenheit - fühlt sich von anderen verstanden und akzeptiert

Anmerkung. ⁽¹⁾In der Studie wurden die Items für die Skala „Sinnerfülltheit vs. Depressivität“ umgepolt, so dass hohe Werte der vorliegenden Studie einer Richtung für Depressivität sprechen.

4.3.5 Symptom-Checkliste-Kurzversion-9 (SCL-K-9; Klaghofer & Brähler, 2001) und Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000)

Die beiden Fragebögen SCL-K-9 (Klaghofer & Brähler, 2001) und BSI (Franke, 2000) sind eine Kurzversion der SCL-90-R (Franke, 1995), um aktuelle und subjektive Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Symptome innerhalb der letzten sieben Tage zu erfassen. Sowohl aufgrund ökonomischerer Handhabung für den Therapeuten als auch aufgrund der reduzierten Beantwortungsdauer für die Klienten (Geisheim et al., 2002) wurden die Kurzversionen des SCL-90-R wie BSI, SCL-27, SCL-14 und SCL-K-9 weiter veröffentlicht. Es gab bisher zahlreiche Studien für die Untersuchungen der psychometrischen Eigenschaften der Skalen der SCL-90-R und der Skalen der Kurzversionen und es wurde bestätigt, dass keine bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich der internen Konsistenz in den Skalen zwischen SCL-90-R und den Skalen der Kurzversionen vorliegen (Prinz, Nutzinger, Schulz, Petermann, Braukhaus & Andreas, 2008). Die Untersuchung von Prinz et al. (2008) bestätigt, dass die Kurzversionen BSI, SCL-27, SCL-14 und eingeschränkt die SCL-K-9 geeignet sind, um als Screeninginstrument einen breiten Bereich psychopathologischer Symptomatik zu erfassen.

Der SCL-90-R besteht aus 90 Items. Die Items erfassen neun Symptomdimensionen: *Somatisierung*, *Zwanghaftigkeit*, *Unsicherheit im Sozialkontakt*, *Depressivität*, *Ängstlichkeit*, *Aggressivität/Feindseligkeit*, *phobische Angst*, *paranoides Denken* und *Psychotizismus*. Dadurch werden drei globale Kennwerte berechnet, und zwar *Global Severity Index (GSI)*, *Positive Symptom Distress Index (PSDI)* und *Positive Symptom Total (PST)*. Die neun Symptomskalen, drei globale Kennwerte und die Inhaltserklärungen werden in der folgenden Tabelle 4.5 zusammengestellt. Außerdem wird in einer fünfstufigen Likert-Skala jedes Items beantwortet: 0=„überhaupt nicht“, 1=„ein wenig“, 2=„ziemlich“, 3=„stark“ und 4=„sehr stark“. Der Fragebogen SCL-K-9 besteht aus neun Items und der BSI-Fragebogen aus 53 Items. Durch die Items werden die drei Kennwerte wie SCL-90-R berechnet. Dabei ist besonders zu berücksichtigen, dass es keine Zusatzskala bei der SCL-K-9 gibt. Der Gesamtmittelwert bei der SCL-K-9 entspricht dem Gesamtmittelwert (GSI) der SCL-90-R bzw. BSI (Klaghofer & Brähler, 2001).

Tab. 4.5: Überblick von 9 Skalen in Bezug auf SCL-90-R und BSI (modifiziert nach Geisheim et al., 2002)

Skala	Inhalt
1. Somatisierung	Einfache körperliche Belastungen bis hin zu funktionellen Störungen
2. Zwanghaftigkeit	Leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit.
3. Unsicherheit im Sozialkontakt	Leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit
4. Depressivität	Traurigkeit bis hin zum schwer ausgeprägten depressiven Syndrom
5. Ängstlichkeit	Körperlich spürbare Nervosität bis hin zu starker Angst
6. Aggressivität/Feindseligkeit	Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten
7. Phobische Angst	Leichte Gefühle der Bedrohung bis hin zu massiver phobischer Angst
8. Paranoides Denken	Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoiden Denken
9. Psychotizismus	Mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zu dramatischer Evidenz eines psychischen Erlebnisses
Globale Kennwerte	
Global Severity Index (GSI)	Messung der grundsätzlichen psychischen Belastung
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	Messung der Intensität der Antworten
Positive Symptom Total (PST)	Anzahl der Symptome, bei der eine Belastung vorliegt (Anzahl der Items > 0)

Für die 9 Dimensionen des BSI ergaben sich befriedigende interne Konsistenzen von .70 bis .89 mit einem $\alpha=.96$ für den GSI-90 (Geisheim et al., 2002). Die Korrelation zwischen BSI und SCL-R-90 ist von .92 bis .99 (Derogatis, 1993). Der SCL-K-9 zeigt in einer Kreuzvalidierung eine interne Konsistenz von Cronbach's $\alpha=.87$ und eine Korrelation zum GSI-90 von $r=.93$ bei vergleichbaren Mittelwerten auf (Hardt & Brähler, 2007).

4.3.6 Fragebogen zur Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe (FEP; Ditte, Schulz & Schmid-Ott, 2006)

Um den Einstellungsunterschied gegenüber Psychotherapie zu erfassen, wird der Fragebogen FEP in der vorliegenden Studie eingesetzt. Der FEP besteht aus 11 Items, die in zwei Skalen verteilt werden können. Bei einer Skala wird die *Einstellung gegenüber Psychotherapie* durch 6 Items wiedergegeben, z.B. „Es gibt seelische Probleme, die man nur mit Hilfe eines Psychotherapeuten lösen kann“, „Bei schwerwiegenden seelischen

Problemen kann eine Psychotherapie hilfreich für mich sein“. Die andere Skala *Akzeptanz der Gesellschaft* umfasst 5 Items, z.B.: *„Ich denke, dass mich viele für ‚verrückt‘ halten könnten, wenn sie erfahren, dass ich eine Psychotherapie mache“*, *„Es ist mir unangenehm, mit meinen Bekannten über meine seelischen Probleme zu sprechen“*. Jedes Item ist auf einer vierstufigen Skala zu beantworten; 1=„Ich stimme nicht zu“, 2=„Ich stimme eher nicht zu“, 3=„Ich stimme eher zu“ und 4=„Ich stimme zu“. Je höher die Werte sind, desto höher ist die Ausprägung, d.h. stark positive Einstellung gegenüber Psychotherapie bei der ersten Skala und sehr geringe Akzeptanz der Gesellschaft für Psychotherapie bei der zweiten Skala. In einer Studie von Ditte, Schulz und Schmid-Ott (2006) wurde die Reliabilität bzw. die Zuverlässigkeit des FEP mithilfe des Cronbach's α überprüft und als zufrieden stellend bezeichnet.

4.3.7 Erhebungsinstrumente in Südkorea

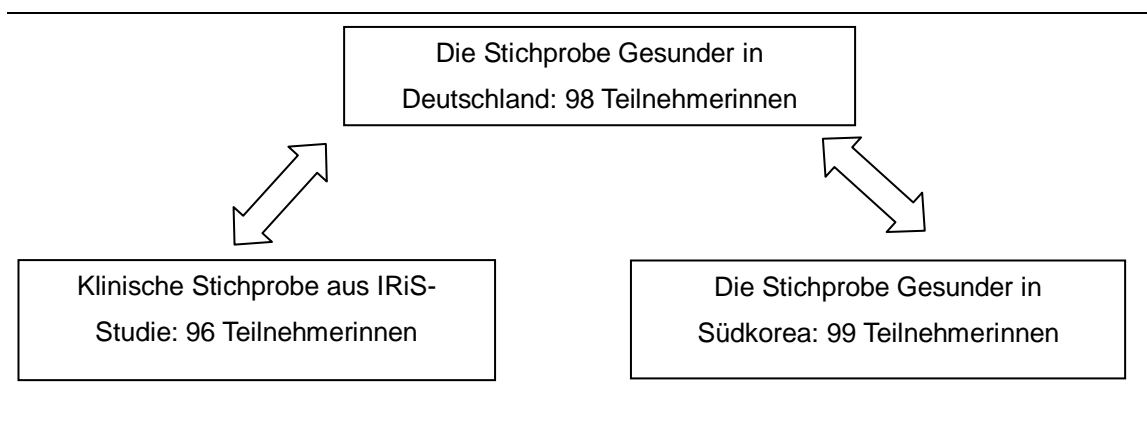
Die Fragebögen FRQ, AVEM, TPF und FEP mussten ins Koreanische übersetzt werden, da es keine koreanische Version gibt. Die Fragebögen wurden von der Autorin der vorliegenden Studie übersetzt. Im Anschluss daran wurden die Übersetzungen von einer anderen koreanischsprachigen und deutschsprachigen Person, von Hyun-Jung Jang, wieder ins Deutsche übersetzt und die Übereinstimmung überprüft. Zum Schluss wurden die übersetzten Fragebögen noch einmal durch eine Fachperson, Prof. Dr. Kim an der Kye-Myung Universität in Daegu, überprüft. Für die Fragebögen ERI und BSI liegen bereits koreanische Versionen vor. Bei dem FEP-Fragebogen bedeutet psychotherapeutische Behandlung eine Behandlung durch PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen und SozialarbeiterInnen in Südkorea; das Gesundheitssystem für seelische Erkrankungen in Südkorea ist anders als in Deutschland.

4.4 Stichprobenbeschreibung

Die vorliegende Studie untersuchte berufstätige Frauen in drei verschiedenen Stichproben: gesunde berufstätige Frauen in Deutschland, berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen in Deutschland und gesunde berufstätige Frauen in Südkorea. Wie bereits erwähnt, stammt die klinische Stichprobe (berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen)

aus der IRiS Protekt-Studie. Die Daten für die Stichproben Gesunder (gesunde berufstätige Frauen in Deutschland und in Südkorea) wurden im Rahmen der vorliegenden Studie erhoben. Um die Forschungsfragen dieser Arbeit zu beantworten, wurden zum einen die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland und die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen gegenübergestellt. Zum anderen wurde nach kulturellen Aspekten zwischen den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland und den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea verglichen.

Abb. 4.3: Überblick der gesamten Stichproben



Zunächst wurden die Daten von 96 Patientinnen aus der IRiS Protekt-Studie als klinische Stichproben genutzt. Das Alter der Teilnehmerinnen der klinischen Stichprobe lag zwischen 21 und 62 Jahren ($M=45.89$; $SD=9.24$). 62 (64,6 %) der 96 Patientinnen befanden sich in einer Partnerschaft und 64 Patientinnen (66,7 %) hatten Kinder. An der vorliegenden Studie nahmen insgesamt 99 gesunde berufstätige Frauen in Südkorea und 98 gesunde berufstätige Frauen in Deutschland teil. Das Alter der Stichprobe Gesunder in Südkorea lag zwischen 21 und 56 Jahren ($M=37.75$; $SD=9.72$) und der Stichprobe Gesunder in Deutschland zwischen 20 und 59 Jahren ($M=38.86$; $SD=10.74$). 59 der Teilnehmerinnen (60,2 %) in Südkorea und 40 (41,2 %) der Teilnehmerinnen in Deutschland lebten in einer Partnerschaft. 52 (53,1 %) Teilnehmerinnen in Südkorea und 42 (43,3 %) Teilnehmerinnen in Deutschland hatten Kinder. Die weiteren deskriptiven Daten für die Verteilung des Schulabschlusses, des Haushaltseinkommens, des Alkohol- und Nikotinkonsums sowie die aufbrachte Zeit für den Haushalt am Tag werden zusammenfassend in der folgenden Tabelle 4.6 dargestellt.

Tab. 4.6: Soziodemographische Daten der Teilnehmerinnen (N= 293)

	Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen in Deutschland (N = 96)	Gesunde berufstätige Frauen in Deutschland (N = 98)	Gesunde berufstätige Frauen in Südkorea (N = 99)
Alter (M; SD)	(45.9; 9.24)	(38.9; 10.74)	(37.8; 9.72)
20- 35 Jahre	14 (14,7 %)	38 (39,2 %)	41 (42,3 %)
36- 45 Jahre	29 (30,5 %)	28 (28,9 %)	30 (30,9 %)
46- 55 Jahre	37 (38,9 %)	26 (26,8 %)	24 (24,7 %)
Über 56 Jahre	15 (15,8 %)	5 (5,2 %)	2 (2,1 %)
Insgesamt	95 (100 %)	97 (100 %)	97 (100 %)
Vorhandensein der Kinder:			
Ja	64 (66,7 %)	42 (43,3 %)	52 (53,1 %)
Nein	32 (33,3 %)	55 (56,7 %)	46 (46,9 %)
Insgesamt	96 (100 %)	97 (100 %)	98 (100%)
Partnerschaft:			
Ja	62 (64,6%)	40 (41,2 %)	59 (60,2 %)
Nein	32 (35,4%)	57 (58,8 %)	39 (39,8 %)
Insgesamt	94 (100 %)	97 (100 %)	98 (100%)
Schulabschluss:			
Hauptschule	29 (30,5%)	6 (6,2 %)	1 (1 %)
Realschule	32 (33,7%)	31 (32 %)	3 (3,1 %)
Abitur	34 (35,8%)	60 (6,9 %)	94 (95,9 %)
Insgesamt	95 (100%)	97 (100 %)	98 (100%)
Haushaltseinkommen:			
Unter 1000	8 (8,7 %)	8 (8,4 %)	7 (7,2 %)
1000-1500	19 (20,7 %)	22 (23,2 %)	3 (3,1 %)
1500- 2000	13 (14,1 %)	22 (23,2 %)	4 (4,1 %)
2000-2500	19 (20,7 %)	9 (9,5 %)	5 (5,2 %)
2500-3000	11 (12,0 %)	11 (11,6 %)	10 (10,3 %)
3000-3500	6 (6,5 %)	9 (9,5 %)	16 (16,5 %)
Über 3500	16 (17,4 %)	14 (14,7 %)	52 (53,6 %)
Insgesamt	92 (100 %)	95 (100 %)	97 (100 %)
Alkohol			
Nein	12 (12,8%)	12 (12,4 %)	40 (40,4 %)
Selten	38 (40,4 %)	36 (37,1 %)	35 (35,4 %)
Gelegentlich	34 (36,2 %)	43 (44,3 %)	23 (23,2 %)
Regelmäßig	10 (10,6 %)	6 (6,2 %)	1 (1 %)
Insgesamt	94 (100 %)	97 (100%)	99 (100%)
Rauchen			
Ja	24 (25 %)	22 (22,7 %)	0 (0 %)
Nein	72 (75 %)	75 (77,3 %)	97 (100%)
Insgesamt	96 (100%)	97 (100 %)	97 (100%)
Tägliche Haushaltzeit:			
0-0,5 Stunde	1 (1,8 %)	13 (14,4 %)	4 (6,6 %)
1 Stunde	12 (21,1 %)	43 (47,8 %)	23 (37,7 %)
2-3 Stunden	34 (59,6 %)	29 (32,2 %)	24 (39,3 %)
Über 4 Stunden	10 (17,6 %)	5 (5,5 %)	10 (16,4 %)
Insgesamt	57 (100%)	90 (100 %)	61 (100 %)

Anmerkungen. Die fehlenden Werte wurden von der Berechnung für die prozentualen Angaben ausgeschlossen. Abweichungen können sich durch Rundungen ergeben.

Des Weiteren wurden ein Chi-Quadrat-Test für die nominalskalierten Variablen „Partnerschaft, Kinder, Schulabschluss, Alkoholkonsum und Rauchen“ sowie t-Test für die intervallskalierten Variablen „Altersgruppe, Haushaltseinkommen und tägliche Haushaltszeit“ verwendet, um zu überprüfen, ob die soziodemographischen Variablen von der Gruppenzugehörigkeit (gesunde berufstätige Frauen in Deutschland vs. berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen und gesunde berufstätige Frauen in Deutschland vs. gesunde berufstätige Frauen in Südkorea) unabhängig sind. Die Ergebnisse sind in den Tabellen 4.7 und 4.8 dargestellt. Die Häufigkeitsverteilungen bei den Variablen „Haushaltseinkommen, Alkohol und Rauchen“ bei den Gruppen klinische Stichprobe vs. Stichprobe Gesunder in Deutschland sowie bei den Variablen „Altersgruppe und Kinder“ bei den Gruppen Stichprobe Gesunder in Deutschland vs. in Südkorea sind gleichmäßig.

Tab.4.7: Chi-Quadrat-Test für die nominalskalierten Variablen „Partnerschaft, Kinder, Schulabschluss, Alkohol- und Nikotinkonsum“

	Klinische vs. Gesunde Gruppe in Deutschland		Gesunde Gruppe in Südkorea vs. in Deutschland	
	Chi-Quadrat (df)	p-Wert	Chi-Quadrat (df)	p-Wert
Partnerschaft (Ja/Nein)	10.55 (1)	.001***	7.02 (1)	.008**
Kinder (Ja/Nein)	10.64 (1)	.001***	1.86 (1)	.173
Schulabschluss (Hauptschule/Realschule/Abitur)	22.30 (2)	.000***	34.13 (2)	.000***
Alkohol (Nein/selten/gelegentlich/regelmäßig)	2.06 (3)	.560	24.71 (3)	.000***
Rauchen (Ja/Nein)	0.14 (1)	.705	24.81 (1)	.000***

Anmerkungen. * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$. (1) Klinische Gruppe in Deutschland; N=96, (2) Gesunde Gruppe in Deutschland; N=98, (3) Gesunde Gruppe in Südkorea; N=99.

Tab. 4.8: t-Test für die intervallskalierten Variablen „Alter, Haushaltseinkommen und tägliche Haushaltszeit“

	Klinische vs. Gesunde Gruppe in Deutschland		Gesunde Gruppe in Südkorea vs. in Deutschland	
	t-Test (df)	p-Wert	t-Test (df)	p-Wert
Altersgruppe (4 Gruppen)	4.30 (190)	.000***	.878 (192)	.381
Haushaltseinkommen (7 Gruppen)	.554 (185)	.580	-7.01 (190)	.000***
Tägliche Haushaltszeit (4 Gruppen)	5.09 (145)	.000***	-2.75 (149)	.007**

Anmerkungen. * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$. (1) Klinische Gruppe in Deutschland; N=96, (2) Gesunde Gruppe in Deutschland; N=98, (3) Gesunde Gruppe in Südkorea; N=99.

4.5 Statistisches Vorgehen

Für die statistischen Berechnungen wurde die *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 19.0 für Windows verwendet. Als Signifikanzniveau wurde immer $\alpha=5\%$ festgelegt. Bei den multiplen Vergleichen wurde die Irrtumswahrscheinlichkeit nach Bonferroni korrigiert. Insgesamt wurden die folgenden statistischen Verfahren in der vorliegenden Studie verwendet: ein t-Test für zwei unabhängige Stichproben, ein Chi-Quadrat-Test, eine einfaktorielle Varianzanalyse, eine Diskriminanzanalyse, eine Konfigurationsfrequenzanalyse und schließlich die bivariate Korrelationsanalyse. Um das statistische Vorgehen besser zu erklären, werden verwendete statistische Verfahren mit den Hypothesen begleitend beschrieben. Zunächst wurden Unterschiede zwischen den unabhängigen Gruppen mittels des Chi-Quadrat-Tests bei qualitativen Variablen überprüft. Bei quantitativen Variablen wurde der t-Test für unabhängige Stichproben genutzt.

Für die erste (H 1.1, H 1.2 und H 1.3), zweite (H 2.1 und H 2.2), vierte, siebte, achte, elfte, vierzehnte und fünfzehnte Hypothese wurde ein t-Test für zwei unabhängige Stichproben verwendet. Anhand der ersten bis vierten Hypothese wurden die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland (N=98) mit den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen in Deutschland (N=96) verglichen, und anhand der siebten bis fünfzehnten Hypothese die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland mit den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea (N=99). Der p-Wert wurde nach Bonferroni mit der Formel (beobachtete Korrelationskoeffizienten/Anzahl der Dimensionen) korrigiert. Zur Bewertung

von Effekten wurde die Effektstärke nach der folgenden Formel aus Cohen (1988) berechnet:

$$d = \frac{\overline{X}_1 - \overline{X}_2}{\sqrt{(S_1^2 + S_2^2)/2}}$$

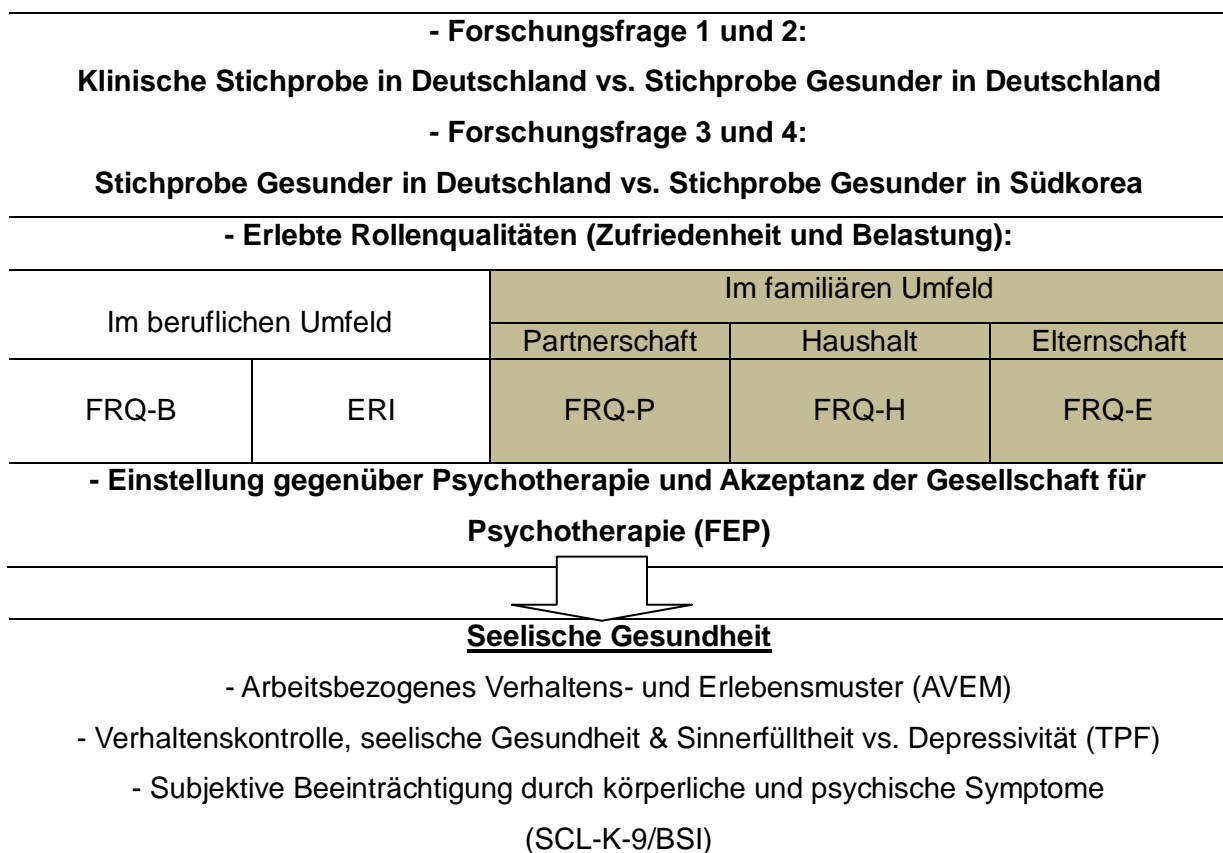
Die Effektstärke kann ab .20 als klein, ab .50 als mittel und ab .80 als groß nach den Konventionen von Cohen bezeichnet werden (Bortz & Döring, 2006).

In der Subhypothese H 2.3 und der neunten Hypothese wurde mittels des Fragebogens AVEM operationalisiert, wie unterschiedlich ein gesundheitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster bezüglich des Berufs gezeigt wird. Das Ergebnis zeigt vier verschiedene Verhaltensmuster: gesundheitsfördernde Muster G und S sowie gesundheitsgefährdende Risikomuster A und B im Rahmen einer deskriptiven Statistik. Um diese Musterunterschiede zwischen den zwei Stichproben statistisch zu analysieren, wurde zum Ersten ein Chi-Quadrat-Test im Rahmen einer Kreuztabellierung verwendet: Gesunde berufstätige Frauen in Deutschland vs. berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen bei H 2.3 sowie gesunde berufstätige Frauen in Deutschland vs. gesunde berufstätige Frauen in Südkorea bei der neunten Hypothese. Für die zweite Analyse der Kreuztabelle wurde die Konfigurationsfrequenzanalyse nach Krauth und Lienert (1973) eingesetzt. Diese Konfigurationsfrequenzanalyse ermöglicht es, in diesen Hypothesen zu prüfen, ob ein bestimmtes Muster (entweder G, S, A oder B) bzw. Antimuster in einer Stichprobe auftritt. Ein Muster ist dabei definiert als eine Kombination (oder Konfiguration) von Variablen, die signifikant überzufällig häufig in der Stichprobe enthalten ist (Krauth & Lienert, 1973). Die praktische Berechnung erfolgte mit Hilfe des Programmpakets BiAS 9.17 (2012). Zum Schluss wurde eine Diskriminanzanalyse benutzt. Die vier oben genannten Verhaltensmuster G, S, A und B beinhalten elf Merkmale und ein Muster bestimmt, wie die elf Einzelmerkmale insgesamt kombiniert werden. Um eine Wichtigkeit der Einzelmerkmale zum Gruppenunterschied zu prüfen, wurde eine Diskriminanzanalyse eingesetzt. Mit dieser Diskriminanzanalyse kann bei der dritten und zehnten Hypothese geprüft werden, welche Variable für die erlebten Rollenqualitäten sowohl im familiären als auch beruflichen Umfeld besser erklärbar für die Gruppenunterschiede ist: gesunde berufstätige Frauen in Deutschland vs. berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen in Deutschland bei der dritten Hypothese sowie gesunde berufstätige Frauen in Deutschland vs. gesunde berufstätige Frauen in Südkorea bei der zehnten Hypothese.

Im Rahmen der fünften, sechsten, zwölften, dreizehnten und sechzehnten Hypothese kamen bivariate Korrelationen nach Pearson zum Einsatz. Nach Konventionen von Cohen (1988) gelten die Korrelationen ab 0.10 als schwache Zusammenhänge, ab 0.30

als mittlere Zusammenhänge und ab 0.50 als starke Zusammenhänge (Bortz & Döring, 2006). Zusätzlich wurde bei der fünften und zwölften Hypothese eine einfaktorielle Varianzanalyse verwendet, um die Wirkungen der Variablen auf die Stichprobe zu untersuchen. Dabei wurde eine Effektstärke (partieller Eta-Quadrat-Wert; η^2) berechnet. Die Effektstärke wird ab 0.01 als klein, ab 0.10 als mittel und ab 0.25 als groß bewertet (Bortz & Döring, 2006). Nachfolgend werden die Variablen, Erhebungsinstrumente und das komplette Stichprobendesign in Abbildung 4.4 zusammengestellt.

Abb. 4.4: Übersicht über die Erhebungsinstrumente in der folgenden Studie



Anmerkungen. Die unabhängigen Variablen werden durch den Fragebogen zur Rollenqualität des Berufs (FRQ-B), den Fragebogen zur Rollenqualität der Partnerschaft (FRQ-P), den Fragebogen zur Rollenqualität des Haushalts (FRQ-H), den Fragebogen zur Rollenqualität der Elternschaft (FRQ-E) und durch die Effort-Reward-Imbalance (ERI) gemessen. Die abhängigen Variablen werden durch den Fragebogen zum arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM), den Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF), die Symptom-Checkliste-Kurzversion-9 (SCL-K-9) und das Brief Symptom Inventory (BSI) überprüft.

5 Ergebnisse

Das vorliegende Kapitel beschreibt die Ergebnisse der Datenauswertung. Kapitel 5.1 stellt die Ergebnisse des Vergleichs zwischen gesunden berufstätigen Frauen und berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen dar. Die Ergebnisse des Vergleichs der kulturellen Unterschiede zwischen gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland und in Südkorea werden in Kapitel 5.2 dargelegt. Zum Schluss werden die gesamten Ergebnisse der Studie noch einmal in Kapitel 5.3 zusammengefasst.

5.1 Vergleich zwischen gesunden berufstätigen Frauen und berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen

Im Rahmen der ersten fünf Hypothesen wurde überprüft, welche Parameter Schutz- und/oder Risikofaktoren für seelische Gesundheit berufstätiger Frauen sind. Um diese Frage zu untersuchen, wurden diese zwei Gruppen (gesunde berufstätige Frauen in Deutschland vs. berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen in Deutschland) hinsichtlich erlebter Rollenqualitäten im familiären und beruflichen Umfeld verglichen (in den Abschnitten 5.1.1, 5.1.2 & 5.1.3). Schließlich wurde ein Zusammenhang zwischen den erlebten Rollenqualitäten und seelischer Gesundheit im Rahmen dieses Stichprobendesigns analysiert (in den Abschnitten 5.1.4, 5.1.5 & 5.1.6).

5.1.1 Erlebte Rollenqualitäten im familiären Umfeld

In der ersten Hypothese wurde angenommen, dass die erlebten Rollenqualitäten der hohen Zufriedenheit und niedrigen Belastung im familiären Umfeld positiv mit der seelischen Gesundheit berufstätiger Frauen zusammenhängen. Um die erste Hypothese zu überprüfen, wurde sie in drei Subhypothesen unterteilt: (1) H 1.1: Gesunde berufstätige Frauen haben höhere Zufriedenheitswerte und geringere Belastungswerte (gemessen mit FRQ-P) in der Partnerschaft als berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen, (2) H 1.2: Gesunde berufstätige Frauen haben höhere Zufriedenheitswerte und geringere Belastungswerte (gemessen mit FRQ-H) im Haushalt als berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen, und (3) H 1.3: Gesunde berufstätige Frauen haben höhere Zufriedenheitswerte und

geringere Belastungswerte (gemessen mit FRQ-E) in der Elternschaft als berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen.

Die deskriptive Betrachtung ergab, dass gesunde berufstätige Frauen in Deutschland geringere Belastungswerte in der Partnerschaft, im Haushalt und in der Elternschaft und höhere Zufriedenheitswerte in der Partnerschaft haben als berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen (siehe Tab. 5.1). Mit Hilfe des t-Tests für unabhängige Stichproben (gesunde berufstätige Frauen vs. berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen) wurden die Hypothesen auch statistisch überprüft. Es zeigten sich statistisch signifikante Gruppenunterschiede bei der Belastung und der Zufriedenheit im Bereich der Partnerschaft sowie bei der Belastung in den Bereichen des Haushalts und der Elternschaft. Die ermittelten Effektstärken verdeutlichten nach den Konventionen von Cohen (1988), dass die Belastung in der Elternschaft einen großen Effekt hat. Die Zufriedenheit und die Belastung in der Partnerschaft und die Belastung im Haushalt ergeben einen mittleren Effekt, die Zufriedenheit im Haushalt ergibt einen kleinen Effekt. Zusammenfassend ist die Subhypothese 1.1 signifikant bewiesen. Die Subhypothese 1.2 und 1.3 sind teilweise signifikant bestätigt. Das heißt, dass die gesunden berufstätigen Frauen in der Partnerschaft, den Haushalt und die Elternschaft weniger belastend empfanden als die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen. Des Weiteren haben die gesunden berufstätigen Frauen die Partnerschaft zufriedener wahrgenommen als die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen.

Tab. 5.1: t-Test für unabhängige Stichproben im Rahmen der ersten Hypothese

		Gesunde berufstätige Frauen ^(a)	Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen ^(b)	t-Werte (df)	p-Werte	Effektstärke (d)
		M (SD) N	M (SD) N			
Partnerschaft	1	2.35 (0.69) N=77	1.99 (0.63) N=59	-3.09 (134)	.002*	.545
	2	1.01 (0.81) N=77	1.46 (0.74) N=60	3.38 (135)	.001*	-.580
Haushalt	1	1.42 (0.49) N=87	1.61 (0.54) N=58	2.23 (143)	.028	-.368
	2	1.02 (0.58) N=86	1.36 (0.67) N=58	3.26 (142)	.001*	-.543
Elternschaft	1	2.37 (0.52) N=41	2.44 (0.49) N=63	0.65 (102)	.515	-.139
	2	1.21 (0.78) N=41	1.79 (0.62) N=62	4.18 (101)	.000*	-.823

Anmerkungen. 1=Zufriedenheit und 2=Belastung. ^(a)N=98. ^(b)N=96. * $p \leq .008$ (=Bonferroni korrigiertes Alpha von 0.05/6).

5.1.2 Erlebte Rollenqualitäten im beruflichen Umfeld

Die zweite Hypothese besagt, dass die erlebten Rollenqualitäten der hohen Zufriedenheit und niedrigen Belastung sowie ein Ungleichgewicht zwischen der Verausgabung und Belohnung im beruflichen Umfeld (Effort-Reward-Imbalance (ERI)-Wert) einen positiven Zusammenhang mit der seelischen Gesundheit berufstätiger Frauen aufweisen. Diese Hypothese wurde, analog zu Hypothese 1, in drei Subhypothesen unterteilt: (1) H 2.1: Gesunde berufstätige Frauen haben höhere Zufriedenheitswerte und geringere Belastungswerte (gemessen mit FRQ-B) im beruflichen Umfeld als berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen, (2) H 2.2: Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen haben höhere Ungleichgewichtswerte (gemessen mit ERI) im beruflichen Umfeld als gesunde berufstätige Frauen und (3) H 2.3: Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen zeigen häufiger ein arbeitsbezogenes gesundheitsgefährdendes Verhaltens- und Erlebensmuster (Risikomuster A (sog. hohe Anstrengung) und B (sog. Burnout-Syndrom); gemessen mit AVEM) als gesunde berufstätige Frauen.

Wie in Tabelle 5.2 bezüglich der Subhypothese 2.1 und 2.2 zu sehen ist, konnte mit Hilfe des t-Tests für unabhängige Stichproben festgestellt werden, dass es einen signifikanten Unterschied in Bezug auf die wahrgenommene Belastung des Berufs zwischen gesunden berufstätigen Frauen und berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen gibt. Die „Belastung im Beruf“ zeigt einen mittleren Effekt. In dieser Tabelle zeigte sich kein signifikanter Gruppenunterschied zwischen gesunden berufstätigen Frauen und berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen für einen Ungleichgewichtswert zwischen Verausgabung und Belohnung (ERI-Wert) in Bezug auf Subhypothese 2.2. Werden die Mittelwerte beider Gruppen verglichen, sind die beiden Mittelwerte $M > 1$. Als kritischer Wert wurden die ERI-Werte > 1 in der vorliegenden Studie festgelegt. Das heißt, dass beide Gruppen (gesunde berufstätige Frauen und berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen) ein Ungleichgewicht von beruflichen Verausgabungen und erhaltenen bzw. erwarteten Belohnungen aufweisen. Somit wurde die Subhypothese H 2.2 nicht bestätigt.

Tab. 5.2: t-Test für unabhängige Stichproben im Rahmen der zweiten Hypothese

		Gesunde berufstätige Frauen ^(a)		Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen ^(b)		t-Werte (df)	p-Werte	Effektstärke (d)
		M	SD	M	SD			
Beruf	1	1.57	0.60	1.69	0.59	1.44 (188)	.153	-.202
	2	0.88	0.60	1.24	0.62	4.10 (189)	.000*	-.590
		N=96		N=95				
ERI		1.27 ^(c)	0.41	1.39 ^(c)	0.59	1.61 (177)	.110	-.236
		N=91		N=88				

Anmerkungen. 1 = Zufriedenheit, 2 = Belastung. ^(a)N=98. ^(b)N=96. * $p \leq .017$ (=Bonferroni korrigiertes Alpha von 0.05/3). ^(c)Als kritischer Wert sind ERI-Werte über 1 festgelegt. ERI-Werte bedeuten die berufsbezogenen Ungleichgewichtswerte aus Verausgabung und Belohnung $\{ \text{ERI} = \sum \text{Verausgabung} / (\sum \text{Belohnung} \times 0.5454) \}$ (siehe Abschnitt 4.3.2, S.61).

Des Weiteren werden die Ergebnisse für die Subhypothese 2.3 in Tabelle 5.3 dargestellt. Die folgende Tabelle veranschaulicht die Prozentanteile der vier arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (gesundheitsfördernde Muster G für Gesundheit und S für Schonung sowie gesundheitsgefährdende Muster A für hohe Anstrengung und B für Burnout-Syndrom) für die beiden Gruppen (gesunde berufstätige Frauen und berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen). Gesunde berufstätige

Frauen zeigten größtenteils berufsbezogene gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster S mit 43,2 %, während die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen größtenteils berufsbezogene gesundheitsgefährdende Verhaltens- und Erlebensmuster B mit 65,9 % aufweisen.

Tab.5.3: Deskriptive Statistik für Verteilung Muster G, S, A und B von AVEM

	Muster G	Muster S	Risikomuster A	Risikomuster B	Insgesamt
Gesunde berufstätige Frauen	18 (18,9 %)	41 (43,2 %)	6 (6,3 %)	30 (31,6 %)	95 (100 %)
Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen	3 (3,3 %)	7 (7,7 %)	21 (23,1 %)	60 (65,9 %)	91 (100 %)

Anmerkungen. Die fehlenden Werte wurden von der Berechnung für die prozentuellen Angaben ausgeschlossen. Das Muster G ist ein Ausdruck von **G**esundheit und das Muster S von **S**chonung. Die beiden Muster sind Hinweise auf ein gesundheitsförderliches Verhalten gegenüber der Arbeit. Das Risikomuster A ist eine Abkürzung für hohe **A**nstrengung und das Risikomuster B für **B**urnout-Syndrom. Die beiden Risikomuster bedeuten ein gesundheitsgefährdendes Verhaltens- und Erlebensmuster gegenüber der Arbeit (vgl. Abschnitt 4.3.3, S. 63).

Um die Hypothese 2.3 statistisch zu analysieren, wurde zunächst der Chi-Quadrat-Test nach Pearson im Rahmen der Kreuztabellierung verwendet. Die Hypothese 2.3 wurde signifikant bestätigt ($\chi^2(3)=53.07$; $p < .001$). Das heißt, dass berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen deutlich häufiger arbeitsbezogene gesundheitsgefährdende bzw. geringere gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster als gesunde berufstätige Frauen aufweisen. Zur konfirmatorischen Analyse wurde eine Bonferroni-Korrektur der p-Werte zum Lehmacher-Test eingesetzt. Unter der Voraussetzung eines Bonferroni-korrigierten Alphas ($0.05/8=.00625$) stellt die Konfiguration „gesunde berufstätige Frauen x Muster S“ ein signifikant häufigeres arbeitsbezogenes Muster dar. Gegensätzlich ist die Konfiguration „berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen x Muster S“ ein Antityp, der in der Stichprobe signifikant seltener als erwartet auftritt. Ebenso zeigt sich, dass die Konfiguration „berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen x Risikomuster B“ signifikant häufiger auftritt. Dies bedeutet, dass Risikomuster B bei berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen das häufigste arbeitsbezogene Risikomuster ist. Dagegen

zeigt sich eine Konfiguration „gesunde berufstätige Frauen x Risikomuster B“ als ein Antityp. Somit tritt das Risikomuster B bei gesunden berufstätigen Frauen selten auf. Zusammenfassend zeigten die gesunden berufstätigen Frauen häufiger das arbeitsbezogene gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster S (sog. Schonung) als die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen. Gleichzeitig konnte auch statistisch erwiesen werden, dass die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen mehr das arbeitsbezogene gesundheitsgefährdende Verhaltens- und Erlebensmuster B (sog. Burnout-Syndrom) zeigen als gesunde berufstätige Frauen.

Tab. 5.4: Konfigurationsanalyse in Bezug auf die Subhypothese 2.3

	AVEM	Häufigkeiten (N=186)	Typ	Lehmacher- Statistik
Gesunde berufstätige Frauen in Deutschland	G	18	Typ	.001*
	S	41	Typ	.000*
	A	6	Antityp	.001*
	B	30	Antityp	.000*
Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen in Deutschland	G	3	Antityp	.001*
	S	7	Antityp	.000*
	A	21	Typ	.001*
	B	60	Typ	.000*

Anmerkungen. * $p \leq .006$ (=Bonferroni-korrigiertes Alpha von 0.05/8). Das Muster G ist ein Ausdruck von **G**esundheit und das Muster S von **S**chonung. Die beiden Muster sind Hinweise auf ein gesundheitsförderliches Verhalten gegenüber der Arbeit. Das Risikomuster A ist eine Abkürzung für hohe **A**nstrengung und das Risikomuster B für **B**urnout-Syndrom. Die beiden Risikomuster bedeuten ein gesundheitsgefährdendes Verhaltens- und Erlebensmuster gegenüber der Arbeit. Ein Typ bedeutet eine Zelle mit einer beobachteten höheren als erwarteten Häufigkeit, ein Antityp ist umgekehrt definiert als eine unterfrequentierte Zelle (Ackermann, 2012).

Bisher wurden die vier arbeitsbezogenen Erlebens- und Verhaltensmuster (G, S, A und B) durch deskriptive Betrachtung, den Chi-Quadrat-Test und die Konfigurationsanalyse überprüft und herausgefunden, dass die Subhypothese 2.3 signifikant bestätigt ist. Diese vier Muster bestehen aus elf Dimensionen. Es wurde dabei analysiert, inwieweit sich die Einzelmerkmale von den Stichproben unterscheiden und inwieweit sie zur Gruppenunterscheidung beitragen. Dafür wurden ein t-Test für unabhängige Stichproben und eine Diskriminanzanalyse eingesetzt. Tab. 5.4 stellt die Ergebnisse des t-Tests für

unabhängige Stichproben dar.

Tab. 5.5: Die Werte von AVEM mit Hilfe des t-Tests für unabhängige Stichproben

	Gesunde berufstätige Frauen in Deutschland		Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen in Deutschland		t-Werte (df)	p-Werte	Effektstärke (d)
	M	SD	M	SD			
1	4.45 N=95	1.81	4.91 N=90	2.04	1.62 (183)	.107	-.239
2	4.62 N=94	1.86	3.70 N=91	1.66	-3.53 (183)	.001*	.522
3	4.22 N=94	1.77	6.13 N=87	2.16	6.51 (179)	.000*	-.967
4	4.01 N=93	2.13	5.42 N=89	2.03	4.55 (180)	.000*	-.678
5	5.89 N=95	1.98	3.67 N=91	1.91	-7.80 (184)	.000*	1.141
6	5.96 N=94	1.88	6.98 N=90	1.81	3.75 (182)	.000*	-.553
7	3.96 N=94	1.88	3.01 N=90	1.84	-3.45 (182)	.001*	.511
8	4.65 N=95	1.74	3.11 N=90	1.75	-6.01 (183)	.000*	.883
9	4.63 N=92	1.89	3.88 N=91	2.02	-2.60 (181)	.010	.383
10	4.66 N=94	2.15	2.67 N=90	1.71	-6.95 (182)	.000*	1.024
11	4.98 N=89	1.74	3.62 N=81	1.90	-4.88 (168)	.000*	.747

Anmerkungen. 1=Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, 2=Beruflicher Ehrgeiz, 3=Verausgabungsbereitschaft, 4=Perfektionsstreben, 5=Distanzierungsfähigkeit, 6=Resignationstendenz bei Misserfolg, 7=Offensive Problembewältigung, 8=Innere Ruhe/Ausgeglichenheit, 9=Erfolgs erleben im Beruf, 10=Lebenszufriedenheit und 11=Erleben sozialer Unterstützung. * $p \leq .005$ (=Bonferroni-korrigiertes Alpha von 0.05/11).

Die Ergebnisse zeigten bei den Einzelmerkmalen „beruflicher Ehrgeiz“, „Verausgabungsbereitschaft“, „Perfektionsstreben“, „Distanzierungsfähigkeit“, „Resignationstendenz bei Misserfolg“, „offensive Problembewältigung“, „innere Ruhe/Ausgeglichenheit“, „Lebenszufriedenheit“ und „Erleben sozialer Unterstützung“ signifikante Gruppenunterschiede (gesunde berufstätige Frauen vs.

berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen): Die gesunden berufstätigen Frauen haben höhere Werte für „beruflicher Ehrgeiz“, „Distanzierungsfähigkeit“, „offensive Problembewältigung“, „innere Ruhe/Ausgeglichenheit“, „Lebenszufriedenheit“ und „Erleben sozialer Unterstützung“ als die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen, während die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen höhere Werte für „Verausgabungsbereitschaft“, „Perfektionsstreben“ und „Resignationstendenz bei Misserfolg“ zeigen. Jedoch gibt es keinen Gruppenunterschied bei den Einzelmerkmalen „subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit und Erfolgserleben im Beruf“. Hierbei wurden Effektstärken überprüft. Die vier Einzelmerkmale „Verausgabungsbereitschaft“, „Distanzierungsfähigkeit“, „innere Ruhe/Ausgeglichenheit“ und „Lebenszufriedenheit“ zeigten eine große Effektstärke.

Tab. 5.6: Wilks' Lambda im Rahmen der Hypothese 2.3

Test der Funktion	Wilks' Lambda	Chi-Quadrat	df	p-Wert
1	.518	96.444	11	.000***

Anmerkung. * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$.

Weiterhin wurde eine Diskriminanzanalyse verwendet, wobei die standardisierten kanonischen Diskriminanzkoeffizienten und eine Struktur-Matrix ermittelt wurden. In Tabelle 5.6 wird durch Wilks' Lambda gezeigt, dass die Diskriminanzfunktion signifikant zur Trennung der Gruppen beiträgt. Wie Tabelle 5.7 zeigt, lassen sich die Relevanz der Einzelmerkmale innerhalb der Diskriminanzfunktion mit den standardisierten Diskriminanzkoeffizienten (links) und die Korrelationen zwischen den Variablen und Diskriminanzfunktionen erkennen. Die größte diskriminatorische Bedeutung besitzt die Variable „Lebenszufriedenheit“. Die Variable „Distanzierungsfähigkeit“ aus der Struktur-Matrix korreliert mit der Diskriminanzfunktion am höchsten. Zusammenfassend haben berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen mehr arbeitsbezogene gesundheitsgefährdende (Risikomuster A und B) bzw. geringere arbeitsbezogene gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster (Muster G und S) als gesunde berufstätige Frauen. Die Subhypothese 2.3 wurde also signifikant bestätigt.

Tab. 5.7: Standardisierte kanonische Diskriminanzkoeffizienten und Struktur-Matrix im Rahmen der Diskriminanzanalyse für die Hypothese 2.3

Standardisierte kanonische Diskriminanzkoeffizienten	Funktion 1	Struktur-Matrix	Funktion 1
Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit	-.177	Distanzierungsfähigkeit	.627
Beruflicher Ehrgeiz	.384	Lebenszufriedenheit	.588
Verausgabungsbereitschaft	-.209	Verausgabungsbereitschaft	-.515
Perfektionsstreben	-.192	Innere Ruhe/ Ausgeglichenheit	.486
Distanzierungsfähigkeit	.477	Perfektionsstreben	-.438
Resignationstendenz bei Misserfolg	.298	Erleben sozialer Unterstützung	.355
Offensive Problembewältigung	.057	Resignationstendenz bei Misserfolg	-.305
Innere Ruhe bzw. Ausgeglichenheit	.383	Offensive Problembewältigung	.243
Erfolgserleben im Beruf	-.236	Beruflicher Ehrgeiz	.242
Lebenszufriedenheit	.545	Erfolgserleben im Beruf	.227
Erleben sozialer Unterstützung	.059	Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit	-.108

Anmerkungen. Struktur-Matrix (rechts): Gemeinsame Korrelationen innerhalb der Gruppen zwischen Diskriminanzvariablen und standardisierten kanonischen Diskriminanzfunktionen. Variablen sind nach ihrer absoluten Korrelationsgröße innerhalb der Funktion geordnet.

Zusammenfassend ist die Subhypothese H 2.1 nur teilweise und H 2.3 signifikant bestätigt. Schließlich ist zu sagen, dass die gesunden berufstätigen Frauen weniger Belastungen im Beruf empfunden haben als die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen. Zum Weiteren zeigte sich sowohl bei den gesunden berufstätigen Frauen als auch bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen ein arbeitsbezogenes Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung. Die gesunden berufstätigen Frauen zeigten ein gesundheitsförderndes Verhaltensmuster deutlich häufiger als die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen, während die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen ein gesundheitsgefährdendes Verhaltensmuster häufiger als die gesunden berufstätigen Frauen zeigten.

5.1.3 Erlebte Rollenqualitäten im familiären und beruflichen Umfeld

In der dritten Hypothese wird erwartet, dass der Gruppenunterschied (gesunde berufstätige Frauen vs. berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen) durch die erlebten Rollenqualitäten im Familienleben (gemessen mit FRQ-P, -H, und -E) besser erklärbar ist als durch die erlebten Rollenqualitäten im Berufsleben (gemessen mit FRQ-B, ERI und AVEM). Mit Hilfe der Diskriminanzanalyse wurde darüber hinaus überprüft, ob signifikante Unterschiede zwischen den Variablen in der Beurteilung beider Gruppen (gesunden berufstätigen Frauen vs. berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen) bestehen und welche Variablen für die unterschiedliche Beurteilung der erlebten Rollenqualitäten relevant sind. In Tabelle 5.8 finden sich die Werte für Wilks' Lambda. Das Ergebnis zeigt, dass die Diskriminanzfunktion signifikant zur Trennung der Gruppen beiträgt.

Tab. 5.8: Wilks' Lambda im Rahmen der dritten Hypothese

Funktion	Wilks' Lambda	Chi-Quadrat	df	p-Wert
1	.493	38.939	12	.000***

Anmerkung. * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$.

Zur Beurteilung von Erklärungswerten für die Merkmalsvariablen werden standardisierte Diskriminanzkoeffizienten (links) in Tabelle 5.8 dargestellt. Die Variable „Muster S (arbeitsbezogene gesundheitsfördernde Verhaltensmuster für Schonung)“ besitzt die größte diskriminatorische Bedeutung. Hierbei wurde auffälligerweise die Variable „Risikomuster B (arbeitsbezogene gesundheitsfördernde Verhaltensmuster für Burnout-Syndrom)“ bei der Berechnung der standardisierten kanonischen Diskriminanzkoeffizienten ausgeschlossen, da der Wert dieser Variable so redundant ist, dass er bei der Erklärung des Gruppenunterschieds nicht hilft. Im Folgenden findet sich die Struktur-Matrix, um die Korrelationen zwischen Merkmalsvariable und Diskriminanzfunktion zu beurteilen (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2005). Die Variablen „gesundheitsfördernde Verhaltensmuster S (sog. Schonung) und Risikomuster B (sog. Burnout-Syndrom) bezüglich des Berufs“ korrelieren mit der Diskriminanzfunktion am höchsten. Zusammenfassend konnte gezeigt werden, dass der Gruppenunterschied durch die erlebten Rollenqualitäten im Beruf besser erklärbar ist. Die dritte Hypothese ist also nicht bestätigt.

Tab. 5.9: Standardisierte kanonische Diskriminanzkoeffizienten und Struktur-Matrix

Standardisierte kanonische Diskriminanzkoeffizienten	Funktion	Struktur-Matrix	Funktion
	1		1
Zufriedenheit mit Beruf	-.360	Muster S	.489
Belastung im Beruf	.383	Risikomuster B ^(b)	-.485
Zufriedenheit mit Partnerschaft	-.378	Belastung in der Elternschaft	-.469
Belastung in der Partnerschaft	.030	Belastung in der Partnerschaft	-.384
Zufriedenheit mit dem Haushalt	-.372	Belastung im Haushalt	-.296
Belastung im Haushalt	-.250	Muster G	.264
Zufriedenheit mit der Elternschaft	.081	Risikomuster A	-.205
Belastung in der Elternschaft	-.506	Zufriedenheit mit der Partnerschaft	.203
ERI ^(a)	-.021	ERI	-.160
Muster G	.923	Zufriedenheit mit dem Beruf	-.137
Muster S	1.097	Zufriedenheit mit dem Haushalt	-.136
Risikomuster A	.256	Belastung in dem Beruf	-.131
		Zufriedenheit mit der Elternschaft	-.050

Anmerkungen. Die Struktur-Matrix (rechts): Gemeinsame Korrelationen innerhalb der Gruppen zwischen Diskriminanzvariablen und standardisierten kanonischen Diskriminanzfunktionen. Variablen sind nach ihrer absoluten Korrelationsgröße innerhalb der Funktion geordnet. ^(a)ERI bedeutet ein arbeitsbezogenes Ungleichgewicht aus Verausgabung und Belohnung. ^(b)Diese Variable wird in der Analyse nicht verwendet.

5.1.4 Vergleich der seelischen Gesundheit zwischen gesunden berufstätigen Frauen und berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen

Dass gesunde berufstätige Frauen seelisch gesundheitsförderndere Verhaltens- und Erlebensmuster (gemessen mit TPF) sowie geringere subjektive Beeinträchtigungswerte durch körperliche und psychische Symptome (gemessen mit SCL-K-9/BSI) zeigen als berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen, ist die Annahme der vierten Hypothese. Wie bereits in Abschnitt 4.3.5 (S. 70) erwähnt, sind die Fragebögen sowohl von BSI als auch von SCL-K-9 eine verkürzte Version von SCL-90-R. Auch wenn die Fragebögen BSI und

SCL-K-9 unterschiedliche, verkürzte Versionen sind, wurden die Gesamtmittelwerte zur Analyse benutzt, da der Gesamtmittelwert bei der SCL-K-9 dem Gesamtmittelwert (GSI; „Global Severity Index“) der BSI entspricht. Mit Hilfe des t-Tests für unabhängige Stichproben konnten signifikante Gruppenunterschiede bei den subjektiven Beeinträchtigungswerten durch körperliche und psychische Symptome (SCL-K-9/BSI), seelischer Gesundheit (TPF) und Sinnerfülltheit vs. Depressivität (TPF) zwischen gesunden berufstätigen Frauen und berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen nachgewiesen werden. Dabei zeigten die Werte des SCL-K-9/BSI und der Persönlichkeitsvariable „seelische Gesundheit“ aus TPF eine große Effektstärke. Für die Persönlichkeitsvariable „Verhaltenskontrolle“ wurde jedoch kein signifikanter Gruppenunterschied belegt.

Tab. 5.10: t-Test für unabhängige Stichproben in Bezug auf die vierte Hypothese

	Gesunde berufstätige Frauen (N=98)	Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen (N=96)	t-Werte (df)	p-Werte	Effekt- Stärke (d)
	M (SD)	M (SD)			
SCL-K-9/ BSI	1.33 (0.29)	2.71 (0.80)	15.99 (191)	.000*	2.31
TPF	1 2.35 (0.61)	2.20 (0.32)	-2.19 (192)	.030	-0.32
	2 3.20 (1.05)	2.51 (0.44)	-5.91 (192)	.000*	-0.85
	3 1.82 (0.84)	2.13 (0.42)	3.24 (192)	.001*	0.47

Anmerkungen. 1=Verhaltenskontrolle, 2=Seelische Gesundheit und 3=Sinnerfülltheit vs. Depressivität. * $p \leq .013$ (=Bonferroni-korrigiertes Alpha von 0.05/4). Die Items für die Skala „Sinnerfülltheit vs. Depressivität“ wurden in der vorliegenden Studie umgepolt, so dass hohe Werte einer Richtung zur Depressivität sprechen.

5.1.5 Zusammenhang zwischen den erlebten Rollenqualitäten und dem arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

Zur Überprüfung der fünften Hypothese, wonach die erlebten Rollenqualitäten sowohl im familiären als auch im beruflichen Umfeld einen positiven Zusammenhang mit den arbeitsbezogenen gesundheitsfördernden bzw. -gefährdenden Verhaltens- und Erlebensmustern (Muster S (sog. Schonung) und G (sog. Gesundheit) sowie Risikomuster A

(sog. hohe Anstrengung) und B (sog. Burnout-Syndrom); gemessen mit AVEM) aufweisen sollen, wurden einfaktorielle Varianzanalyse und bivariate Korrelationen nach Pearson durchgeführt. Diese statistischen Verfahren wurden getrennt von den Gruppen durchgeführt, damit die Gruppenunterschiede einfach und besser beobachtet werden können.

Zunächst wurde mit Hilfe einer einfaktoriellen Varianzanalyse überprüft, wie die erlebten Rollenqualitäten der Zufriedenheit und der Belastung sowohl im familiären Bereich „Partnerschaft, Elternschaft und Haushalt“ als auch im beruflichen Bereich auf ein arbeitsbezogenes gesundheitsgefährdendes bzw. -förderndes Verhaltens- und Erlebensmuster wirken. Hierbei wurde dieses Muster nominal skaliert: *Muster G=1, Muster S=2, Risikomuster A=3 & Risikomuster B=4*). Tabelle 5.11 zeigt die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse. „Arbeitsbezogene gesundheitsgefährdende bzw. -fördernde Verhaltens- und Erlebensmuster“ wurden signifikant von der „zufrieden stellenden Rollenqualität im Beruf“ sowohl bei den gesunden berufstätigen Frauen als auch bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen beeinflusst. Zudem hatte „Belastung im Beruf“ einen signifikanten Einfluss auf die „arbeitsbezogenen gesundheitsgefährdenden bzw. -fördernden Verhaltens- und Erlebensmuster“ nur bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen.

Tab. 5.11: Einfaktorielle Varianzanalyse im Rahmen der fünften Hypothese (nominalskalierte Muster x Erlebte Rollenqualität)

		Muster G: M (SD)	Muster S: M (SD)	Risikomuster A: M (SD)	Risikomuster B: M (SD)	F- Werte	P	Partielles Eta ²
1	Gesunde berufstätige Frauen	1.95 (0.59); N=18	1.56 (0.47); N=40	1.68 (0.69); N=6	1.27 (0.62); N=29	5.78	.001*	.071
	Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen	2.36(0.33); N=3	2.30 (0.42); N=7	1.65 (0.56); N=21	1.62 (0.58); N=60	4.60	.005*	.074
2	Gesunde berufstätige Frauen	0.83 (0.71); N=18	0.69 (0.47); N=40	1.33 (0.73); N=6	1.11 (0.61); N=29	4.23	.008	.052
	Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen	0.94 (1.21); N=3	0.48 (0.40); N=7	1.08 (0.55); N=21	1.40 (0.55); N=60	6.81	.000*	.120
3	Gesunde berufstätige Frauen	2.64 (0.51); N=13	2.41 (0.61); N=37	1.89 (0.38); N=5	2.21 (0.81); N=19	2.13	.104	.029
	Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen	2.50 (0.24); N=2	2.13 (0.52); N=5	1.83 (0.87); N=12	2.01 (0.57); N=37	0.76	.524	-.011
4	Gesunde berufstätige Frauen	0.98 (0.99); N=13	0.83 (0.65); N=37	1.60 (0.82); N=5	1.17 (0.84); N=19	1.85	.147	.032
	Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen	1.21 (0.71); N=2	1.11 (0.58); N=5	1.43 (0.63); N=12	1.54 (0.81); N=38	0.57	.634	-.025
5	Gesunde berufstätige Frauen	1.64 (0.40); N=17	1.37 (0.51); N=36	1.24 (0.27); N=6	1.35 (0.52); N=25	1.83	.149	.010
	Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen	2.33 (0.30); N=3	1.66 (0.50); N=5	1.37 (0.62); N=12	1.60 (0.50); N=35	2.79	.050	.049
6	Gesunde berufstätige Frauen	0.85 (0.54); N=16	0.88 (0.51); N=36	1.12 (0.40); N=6	1.32 (0.66); N=25	3.76	.014	.046
	Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen	0.76 (0.33); N=3	0.83 (0.43); N=5	1.55 (0.66); N=12	1.39 (0.68); N=35	2.30	.088	.056
7	Gesunde berufstätige Frauen	2.83 (0.24); N=4	2.25 (0.55); N=19	2.57 (0.43); N=5	2.37 (0.56); N=10	1.65	.196	.021
	Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen	2.83 (0.24); N=2	2.42 (0.17); N=6	2.46 (0.51); N=12	2.40 (0.54); N=40	0.48	.696	-.013
8	Gesunde berufstätige Frauen	1.14 (0.98); N=4	1.08 (0.66); N=20	1.59 (0.71); N=5	1.44 (1.00); N=9	0.83	.489	-.013
	Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen	2.11 (0.16); N=2	1.69 (0.61); N=6	1.69 (0.72); N=12	1.79 (0.62); N=39	0.31	.819	-.028
9	Gesunde berufstätige Frauen	1.24 (0.57); N=17	1.21 (0.36); N=37	1.44 (0.21); N=6	1.34 (0.41); N=28	0.83	.482	-.001
	Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen	1.46 (0.91); N=3	1.69 (0.37); N=7	1.37 (0.61); N=21	1.34 (0.58); N=55	0.73	.538	-.006

Anmerkungen. 1=Zufriedenheit mit dem Beruf, 2=Belastung im Beruf, 3=Zufriedenheit mit der Partnerschaft, 4=Belastung in der Partnerschaft, 5=Zufriedenheit mit dem Haushalt, 6=Belastung im Haushalt, 7=Zufriedenheit mit der Elternschaft, 8=Belastung in der Elternschaft, 9 =ERI. AVEM: Das Muster G ist ein Ausdruck von **G**esundheit und das Muster S von **S**chonung. Das Risikomuster A ist eine Abkürzung für hohe **A**nstrengung und das Risikomuster B für **B**urnout-Syndrom. * $p \leq .006$ (=Bonferroni-korrigiertes Alpha von 0.05/9).

Des Weiteren wurden die Zusammenhänge zwischen den erlebten Rollenqualitäten und den arbeitsbezogenen gesundheitsfördernden bzw. -gefährdenden Verhaltens- und Erlebensmustern mittels bivariater Korrelationen nach Pearson analysiert. Zur Durchführung der bivariaten Korrelationen wurden an dieser Stelle die nominalskalierten Verhaltens- und Erlebensmuster (gesundheitsfördernde Muster G und S sowie gesundheitsgefährdende Risikomuster A und B) durch Dummy kodiert.

Tab. 5.12: Bivariate Korrelationen nach Pearson (Signifikanz, 2-seitig)

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
G	Klinische Gruppe	.208 (.048) N=91	-.090 (.395) N=91	.153 (.260) N=56	-.066 (.625) N=57	.392 (.014) N=55	-.208 (.127) N=55	.151 (.250) N=60	.105 (.430) N=59	.025 (.822) N=86
	Gesunde Gruppe	.331* (.001) N=93	-.044 (.675) N=93	.196 (.095) N=74	-.009 (.938) N=74	.244 (.025) N=84	-.148 (.181) N=83	.294 (.073) N=38	-.044 (.793) N=38	-.044 (.683) N=88
S	Klinische Gruppe	.294* (.005) N=91	-.362* (.000) N=91	.066 (.627) N=56	-.149 (.268) N=57	.038 (.783) N=55	-.243 (.074) N=55	-.009 (.946) N=60	-.044 (.739) N=59	.157 (.150) N=86
	Gesunde Gruppe	.009 (.928) N=93	-.289* (.005) N=93	.069 (.557) N=74	-.208 (.076) N=74	-.070 (.525) N=84	-.216 (.049) N=83	-.258 (.118) N=38	-.218 (.188) N=38	-.121 (.260) N=88
A	Klinische Gruppe	-.049 (.642) N=91	-.143 (.175) N=91	-.138 (.309) N=56	-.027 (.844) N=57	-.218 (.110) N=55	.163 (.236) N=55	.034 (.796) N=60	-.067 (.616) N=59	-.014 (.899) N=86
	Gesunde Gruppe	.057 (.586) N=93	.192 (.066) N=93	-.195 (.096) N=74	.206 (.078) N=74	-.098 (.373) N=84	.045 (.688) N=83	.137 (.413) N=38	.175 (.293) N=38	.107 (.321) N=88
B	Klinische Gruppe	-.199 (.058) N=91	.365* (.000) N=91	.020 (.884) N=56	.138 (.305) N=57	.009 (.948) N=55	.104 (.450) N=55	-.081 (.540) N=60	.045 (.736) N=59	-.086 (.430) N=86
	Gesunde Gruppe	-.323* (.002) N=93	.245 (.018) N=93	-.138 (.242) N=74	-.127 (.279) N=74	-.083 (.454) N=84	.336* (.002) N=83	-.017 (.920) N=38	.149 (.373) N=38	.108 (.316) N=88

Anmerkungen. N=194. * $p \leq .006$ (=Bonferroni-korrigiertes Alpha von 0.05/9). 1=Zufriedenheit mit dem Beruf, 2=Belastung im Beruf, 3=Zufriedenheit mit der Partnerschaft, 4=Belastung in der Partnerschaft, 5=Zufriedenheit mit dem Haushalt, 6=Belastung im Haushalt, 7=Zufriedenheit mit der Elternschaft, 8=Belastung in der Elternschaft, 9 = ERI. ^(a)Das Muster G ist ein Ausdruck von **G**esundheit und das Muster S von **S**chonung. Das Risikomuster A ist eine Abkürzung für hohe **A**nstrengung und das Risikomuster B für **B**urnout-Syndrom. Die nominalskalierten Variablen der AVEM-Musterzuordnung wurden zuvor Dummy kodiert.

Wie Tabelle 5.12 zeigt, sind die folgenden Variablen signifikant korreliert:

(a) Das Muster G (sog. Gesundheit) zeigt eine positive Korrelation mit der Zufriedenheit im Beruf bei den gesunden berufstätigen Frauen: Je zufriedener die gesunden berufstätigen Frauen empfunden haben, desto häufiger hatten sie das arbeitsbezogene gesundheitsfördernde Muster G.

(b.1) Das Muster S (sog. Schonung) zeigt eine positive Korrelation mit der Zufriedenheit

im Beruf bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen: Je zufriedener die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen beurteilt haben, desto häufiger zeigten sie das arbeitsbezogene gesundheitsfördernde Muster S.

(b.2) Das Muster S zeigt eine negative Korrelation mit der Belastung im Beruf sowohl bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen als auch bei den gesunden berufstätigen Frauen: Je weniger sowohl die gesunden berufstätigen Frauen als auch die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen Belastung im Beruf haben, desto mehr zeigen sie das arbeitsbezogene gesundheitsfördernde Muster S.

(c.1) Das Risikomuster B (sog. Burnout-Syndrom) zeigt eine positive Korrelation mit der Belastung im Beruf bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen sowie mit der Belastung im Haushalt bei den gesunden berufstätigen Frauen: Je belastender der Beruf sowohl von den gesunden berufstätigen Frauen als auch von den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen empfunden wurde, desto häufiger hatten diese Frauen das arbeitsbezogene gesundheitsgefährdende Muster B.

(c.2) Das Risikomuster B korreliert negativ mit der zufrieden stellenden Rollenqualität im Beruf bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen: Je unzufriedener die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen mit dem Beruf waren, desto häufiger zeigten sie das arbeitsbezogene gesundheitsgefährdende Muster B.

Zusammenfassend konnte die fünfte Hypothese teilweise bestätigt werden: Die arbeitsbezogenen gesundheitsfördernden bzw. -gefährdenden Verhaltens- und Erlebensmuster konnten einerseits durch die erlebten Rollenqualitäten im beruflichen Umfeld am besten erklärt werden, andererseits korrelierten diese Verhalten am meisten mit den erlebten Rollenqualitäten der Zufriedenheit und der Belastung bezüglich des Berufs.

5.1.6 Zusammenhang zwischen erlebten Rollenqualitäten und seelischer Gesundheit

Die sechste Hypothese beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen den erlebten Rollenqualitäten und seelischer Gesundheit. Sie basiert auf der Annahme, dass die erlebten Rollenqualitäten der höheren Zufriedenheitswerte und geringeren Belastungswerte sowohl im familiären als auch beruflichen Umfeld einen positiven Zusammenhang mit den höheren gesundheitsfördernden bzw. geringeren gesundheitsgefährdenden Verhaltens- und

Erlebensmustern (gemessen mit TPF) sowie mit den geringeren subjektiven Beeinträchtigungswerten durch körperliche und psychische Symptome (gemessen mit SCL-K-9 bei der klinischen Stichprobe und BSI bei der gesunden Stichprobe) aufweisen. Hypothese 6 wurde anhand bivariater Korrelationen nach Pearson bezüglich der separaten Stichproben (gesunde berufstätige Frauen und berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen) untersucht (siehe Tab. 5.13). Die Ergebnisse zeigten sich wie folgt:

(a.1) Die empfundenen Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Symptome (BSI/SCL-K-9) korrelierten positiv mit der Belastung im Beruf bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen sowie mit der Belastung im Beruf und im Haushalt bei den gesunden berufstätigen Frauen: Je belastender die Situation im Beruf von den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen empfunden wird und je belastender Beruf und Haushalt von gesunden berufstätigen Frauen wahrgenommen wird, desto mehr weisen sie subjektive Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Symptome auf.

(a.2) Die subjektiven Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Symptome korrelierten negativ mit der zufrieden stellenden Rollenqualität im Beruf bei den gesunden berufstätigen Frauen: Je zufriedener die gesunden berufstätigen Frauen den Beruf beurteilten, desto geringer empfanden sie die Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome.

(b) Die Persönlichkeitsvariable „seelische Gesundheit“ aus TPF korrelierte signifikant einerseits negativ mit der Belastung im Beruf und andererseits positiv mit der zufrieden stellenden Rollenqualität im Beruf bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen: Je geringere Belastungswerte die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen in Bezug auf den Beruf haben, desto höher zeigte sich bei ihnen das Niveau für seelische Gesundheit. Das Niveau für seelische Gesundheit lag ebenso umso höher, je zufriedenstellender die berufliche Rollenqualität bei diesen Frauen war.

(c) Die Persönlichkeitsvariable „Sinnerfülltheit vs. Depressivität“ aus TPF korrelierte einerseits negativ mit der zufrieden stellenden Rollenqualität im Beruf sowie andererseits positiv mit der Belastung in Beruf und Haushalt bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen: Je zufriedener die berufstätigen Frauen mit dem Beruf waren, desto weniger Depressivität bzw. mehrere Sinnerfülltheit zeigten sie. Je belastender sie Beruf und Haushalt empfanden, desto mehr Depressivität zeigte sich.

Tab. 5.13: Bivariate Korrelationen (Signifikanz, 2-seitig) nach Pearson im Rahmen der Hypothese 6

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
SCL-K-9/ BSI (a)	Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen	-.154 (.141) N=93	.463* (.000) N=94	-.065 (.627) N=58	.197 (.134) N=59	-.071 (.601) N=57	.240 (.073) N=57	.164 (.202) N=62	.161 (.215) N=61	-.121 (.266) N=87
	Gesunde berufstätige Frauen	-.373* (.000) N=96	.276* (.006) N=96	-.097 (.400) N=77	.137 (.235) N=77	-.084 (.437) N=87	.374* (.000) N=86	-.165 (.304) N=41	.164 (.307) N=41	.022 (.833) N=91
Verhaltens- kontrolle (TPF)	Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen	.023 (.825) N=94	-.056 (.593) N=95	-.059 (.655) N=59	.321 (.012) N=60	-.171 (.200) N=58	.222 (.094) N=58	-.133 (.298) N=63	-.079 (.541) N=62	-.106 (.327) N=88
	Gesunde berufstätige Frauen	.002 (.986) N=96	-.053 (.606) N=96	.055 (.637) N=77	-.076 (.513) N=77	-.046 (.673) N=87	-.020 (.852) N=86	.136 (.397) N=41	-.331 (.034) N=41	.121 (.253) N=91
Seelische Gesundheit (TPF)	Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen	-.420* (.000) N=94	.533* (.000) N=95	-.078 (.555) N=59	.013 (.919) N=60	-.277 (.035) N=58	.231 (.081) N=58	-.152 (.233) N=63	.195 (.130) N=62	-.228 (.033) N=88
	Gesunde berufstätige Frauen	.268 (.008) N=96	-.121 (.239) N=96	-.079 (.497) N=77	.239 (.036) N=77	.115 (.287) N=87	-.097 (.372) N=86	.096 (.552) N=41	-.057 (.723) N=41	-.023 (.826) N=91
Sinnerfüll- heit vs. Depressi- vität (TPF)	Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen	-.334* (.001) N=94	.549* (.000) N=95	-.115 (.387) N=59	.111 (.399) N=60	-.200 (.131) N=58	.420* (.001) N=58	-.091 (.476) N=63	.224 (.080) N=62	-.265 (.013) N=88
	Gesunde berufstätige Frauen	-.053 (.609) N=96	-.013 (.901) N=96	-.008 (.943) N=77	-.007 (.949) N=77	-.061 (.577) N=87	.078 (.476) N=86	-.189 (.236) N=41	.329 (.036) N=41	-.003 (.977) N=91

Anmerkungen. * $p \leq .006$ (=Bonferroni-korrigiertes Alpha von 0.05/9). 1=Zufriedenheit mit dem Beruf, 2=Belastung im Beruf, 3=Zufriedenheit mit der Partnerschaft, 4=Belastung in der Partnerschaft, 5=Zufriedenheit mit dem Haushalt, 6=Belastung im Haushalt, 7=Zufriedenheit mit der Elternschaft, 8=Belastung in der Elternschaft und 9=ERI. ^(a) Die Werte von BSI entsprechen den Werten der „Globalen Belastungstendenz“. (vgl. in Abschnitt 4.3.5). Die Items für die Skala „Sinnerfülltheit vs. Depressivität“ wurden in der vorliegenden Studie umgepolt, so dass hohe Werte einer Richtung für Depressivität sprechen.

5. 2. Kulturelle Unterschiede bei gesunden berufstätigen Frauen

In den vorherigen Abschnitten wurden die Ergebnisse für die Stichproben, gesunde berufstätige Frauen in Deutschland und gesunde berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen, verglichen. Ab diesem Abschnitt wird auf einen kulturellen Unterschied bezüglich gesunder berufstätiger Frauen eingegangen. Das heißt, dass die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea gegenübergestellt werden. Wie bereits in Tabelle 3.1 (S. 46) abgebildet, werden die erlebten Rollenqualitäten sowohl im familiären Umfeld als auch im beruflichen Umfeld im Rahmen der siebten Hypothese bis zehnten Hypothese inhaltlich analog zur ersten Hypothese bis dritten Hypothese überprüft (Abschnitte 5.2.1, 5.2.2, 5.2.3 & 5.2.4). Entsprechend der elften, zwölften und dreizehnten Hypothese wurde ein Zusammenhang zwischen den erlebten Rollenqualitäten und seelischer Gesundheit wie in der vierten, fünften und sechsten Hypothese analysiert (Abschnitte 5.2.5 & 5.2.6). Die vierzehnte, fünfzehnte und sechzehnte Hypothese wurden zusätzlich nur im Rahmen der kulturellen Perspektive überprüft (Abschnitte 5.2.7, 5.2.8 & 5.2.9).

5.2.1 Kulturelle Unterschiede für erlebte Rollenqualitäten im familiären Umfeld

Hypothese 7 besagt, dass berufstätige Frauen in Deutschland höhere Zufriedenheitswerte und geringere Belastungswerte in der Elternschaft, im Haushalt und in der Partnerschaft (gemessen mit FRQ-E, FRQ-H und FRQ-P) haben als berufstätige Frauen in Südkorea. Mit Hilfe eines t-Tests für unabhängige Stichproben wurde diese Hypothese überprüft. Die Ergebnisse zeigten, dass es einen signifikanten Gruppenunterschied bei der Zufriedenheit mit dem Haushalt gab (siehe Tab 5.14). Die gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea weisen höhere Zufriedenheitswerte auf als die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland. Hierbei zeigte die Variable „Zufriedenheit mit dem Haushalt“ einen großen Effekt. Auch wenn es einen signifikanten Gruppenunterschied bei der Zufriedenheit mit dem Haushalt gab, wurde zusammenfassend die Hypothese 7 nicht bestätigt, da es zu einem Ergebnis gegenläufiger Richtung kam.

Tab. 5.14: Gruppenunterschiede von FRQ-P, FRQ-E und FRQ-H ermittelt anhand eines t-Tests für unabhängige Stichproben

		Gesunde berufstätige Frauen in Deutschland M (SD) N	Gesunde berufstätige Frauen in Südkorea M (SD) N	t-Werte (df)	p-Werte	Effektstärke (d)
Partnerschaft	1	2.35 (0.69) N=77	2.14 (0.64) N=59	1.81 (134)	.073	.316
	2	1.01 (0.81) N=77	0.85 (0.53) N=59	1.30 (134)	.197	.234
Haushalt	1	1.42 (0.49) N=87	1.86 (0.48) N=60	-5.34 (145)	.000*	-.907
	2	1.02 (0.58) N=86	1.22 (0.46) N=59	-2.23 (143)	.027	-.382
Elternschaft	1	2.37 (0.52) N=41	2.27 (0.45) N=54	0.99 (93)	.327	.206
	2	1.21 (0.78) N=41	1.11 (0.63) N=54	0.70 (93)	.485	.141

Anmerkungen. 1=Zufriedenheit, 2=Belastung. * $p \leq .008$ (=Bonferroni-korrigiertes Alpha von 0.05/6).

5.2.2 Kulturelle Unterschiede für erlebte Rollenqualitäten im beruflichen Umfeld

Hypothese 8 vertrat die Annahme, dass berufstätige Frauen in Deutschland höhere Zufriedenheitswerte und geringere Belastungswerte sowie geringere Ungleichgewichtswerte zwischen der Verausgabung und Belohnung (ERI-Werte) im beruflichen Umfeld aufweisen als berufstätige Frauen in Südkorea. Mit Hilfe des t-Tests für unabhängige Stichproben lassen sich signifikante Gruppenunterschiede bei dem ERI-Wert zeigen. Jedoch wurde auf den signifikanten Gruppenunterschied bei dem ERI-Wert in gegenläufiger Richtung hingewiesen. Des Weiteren wurde kein Gruppenunterschied bei Zufriedenheit und Belastung im Beruf gefunden. Zusammenfassend wurde die Hypothese 8 nicht bestätigt. Das heißt, dass die gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea geringere Ungleichgewichte zwischen Verausgabung und Belohnung bezüglich des Berufs haben als die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland (siehe Tab. 5.15).

Tab. 5.15: Gruppenvergleiche von FRQ-B und ERI mit Hilfe des t-Tests für unabhängige Stichproben

		Gesunde berufstätige Frauen in Deutschland	Gesunde berufstätige Frauen in Südkorea	t-Werte (df)	p-Werte	Effektstärke (d)
		M (SD) N	M (SD) N			
Beruf	1	1.57 (0.60) N=96	1.68 (0.48) N=99	- 1.45 (193)	.150	-.202
	2	0.88 (0.60) N=96	1.06 (0.52) N=99	- 2.28 (193)	.023	-.321
ERI ^(a)		1.27 (0.41) N=91	0.98 (0.26) N=99	5.78 (188)	.000*	.845

Anmerkungen. 1=Zufriedenheit und 2=Belastung. * $p \leq .017$ (=Bonferroni-korrigiertes Alpha von 0.05/3). ^(a)ERI-Werte bedeuten die berufsbezogenen Ungleichgewichtswerte aus Verausgabung und Belohnung $\{ ERI = \sum \text{Verausgabung} / (\sum \text{Belohnung} \times 0.5454) \}$. Als kritischer Wert sind ERI-Werte über 1 festgelegt.

5.2.3 Kulturelle Unterschiede für das arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

Zur Überprüfung der neunten Hypothese, welche postuliert, dass berufstätige Frauen in Deutschland häufiger gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster (Muster G und S; gemessen mit AVEM) im beruflichen Umfeld zeigen als berufstätige Frauen in Südkorea, wurden deskriptive Statistiken berechnet und erneut ein Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet. Wie Tabelle 5.16 veranschaulicht, zeigen die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland zu 43,2 % das arbeitsbezogene gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster S (sog. Schonung) und in Südkorea 57,1 % das arbeitsbezogene gesundheitsgefährdende Verhaltens- und Erlebensmuster B (sog. Burnout-Syndrom).

Tab. 5.16: Deskriptive Statistik für Verteilung in Muster G, S, A & B von AVEM

	Muster G	Muster S	Risikomuster A	Risikomuster B	Insgesamt
Deutschland	18 (18,9%)	41 (43,2%)	6 (6,3%)	30 (31,6%)	95 (100%)
Südkorea	3 (3,1%)	11 (11,2%)	28 (28,6%)	56 (57,1%)	98 (100%)

Anmerkungen. Die fehlenden Werte wurden aus der Berechnung für die prozentuellen Angaben ausgeschlossen. AVEM: Das Muster G ist ein Ausdruck von **G**esundheit und das Muster S von **S**chonung. Das Risikomuster A ist eine Abkürzung für hohe **A**nstrengung und das Risikomuster B für **B**urnout-Syndrom.

Um einen Häufigkeitsvergleich durchzuführen, wurde der Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet. Die Ergebnisse bestätigen Hypothese 9 ($\chi^2(3)=50.08$; $p<.000$). Das heißt, dass die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland mehr gesundheitsfördernde bzw. geringere gesundheitsgefährdende Verhaltens- und Erlebensmuster aufweisen als die gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea. Für die weitere Analyse wurde die Konfigurationsfrequenzanalyse eingesetzt. Die Analyse nach Lehmacher-Test wurde unter der Voraussetzung eines Bonferroni-korrigierten Alphas von 0.006 ($=.05/8$) durchgeführt. Durch den Lehmacher-Test der Konfigurationsfrequenzanalyse wurde bestätigt, dass sich ein arbeitsbezogenes gesundheitsförderndes Muster S am häufigsten bei den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland zeigte, während ein arbeitsbezogenes gesundheitsgefährdendes Muster B am häufigsten bei den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea auftritt (siehe Tab 5.17).

Tab. 5.17: Konfigurationsfrequenzanalyse in Bezug auf die neunte Hypothese

	AVEM	Häufigkeiten	Typ	Lehmacher-Statistik
Gesunde berufstätige Frauen in Deutschland	G	18	Typ	.000*
	S	41	Typ	.000*
	A	6	Antityp	.000*
	B	30	Antityp	.000*
Gesunde berufstätige Frauen in Südkorea	G	3	Antityp	.000*
	S	11	Antityp	.000*
	A	28	Typ	.000*
	B	56	Typ	.000*

Anmerkungen. * $p \leq .006$ (=Bonferroni-korrigiertes Alpha von 0.05/8). Das Muster G ist ein Ausdruck von **G**esundheit und das Muster S von **S**chonung. Die beiden Muster sind Hinweise auf ein gesundheitsförderliches Verhalten gegenüber der Arbeit. Das Risikomuster A ist eine Abkürzung für hohe **A**nstrengung und das Risikomuster B für **B**urnout-Syndrom. Die beiden Risikomuster bedeuten ein gesundheitsgefährdendes Verhaltens- und Erlebensmuster gegenüber der Arbeit. Ein Typ bedeutet eine Zelle mit einer beobachteten höheren als erwarteten Häufigkeit, ein Antityp ist umgekehrt definiert als eine unterfrequentierte Zelle (Ackermann, 2012).

Wie Tabelle 5.18 veranschaulicht, wurden die Einzelmerkmale der Erlebens- und Verhaltensmuster in den beiden Gruppen mit Hilfe des t-Tests für unabhängige Stichproben verglichen. Bei den Einzelmerkmalen „subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit“, „beruflicher Ehrgeiz“, „offensive Problembewältigung“, „innere Ruhe/Ausgeglichenheit“, „Erfolgserleben

im Beruf“, „Lebenszufriedenheit“ und „Erleben sozialer Unterstützung“ zeigen sich signifikante Gruppenunterschiede (gesunde berufstätige Frauen in Deutschland vs. in Südkorea): Die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland haben höhere Werte für „offensive Problembewältigung“, „innere Ruhe/Ausgeglichenheit“, „Erfolgserleben im Beruf“, „Lebenszufriedenheit“ und „Erleben sozialer Unterstützung“ als die gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea, während sie in Südkorea höhere Werte für „subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit“ und „beruflicher Ehrgeiz“ haben als in Deutschland.

Tab. 5.18: t-Test für unabhängige Stichproben von Einzelmerkmale im Rahmen von AVEM

	Deutschland		Südkorea		t-Werte (df)	p-Werte	Effektstärke (d)
	M	SD	M	SD			
1	4.45 N=95	1.81	5.72 N=97	1.05	- 5.96 (190)	.000*	-0.858
2	4.62 N=94	1.86	5.29 N=97	1.28	- 2.92 (189)	.004*	-0.420
3	4.22 N=94	1.77	4.75 N=95	1.44	- 2.23 (187)	.027	-0.328
4	4.01 N=93	2.13	4.01 N=98	1.52	.002 (189)	.998	.000
5	5.89 N=95	1.98	5.54 N=98	1.02	1.57 (191)	.118	.222
6	5.96 N=94	1.88	5.91 N=97	1.29	0.22 (189)	.829	.031
7	3.96 N=94	1.88	3.22 N=98	1.61	2.90 (190)	.004*	.423
8	4.65 N=95	1.74	3.87 N=98	0.85	4.01 (191)	.000*	.570
9	4.63 N=92	1.89	2.49 N=98	1.23	9.31 (188)	.000*	1.342
10	4.66 N=94	2.15	2.88 N=98	1.08	7.31 (190)	.000*	1.046
11	4.98 N=89	1.74	3.40 N=99	0.79	8.11 (186)	.000*	1.169

Anmerkungen. 1=Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, 2=Beruflicher Ehrgeiz, 3=Verausgabungsbereitschaft, 4=Perfektionsstreben, 5=Distanzierungsfähigkeit, 6=Resignationstendenz bei Misserfolg, 7=Offensive Problembewältigung, 8=Innere Ruhe/Ausgeglichenheit, 9=Erfolgserleben im Beruf, 10=Lebenszufriedenheit und 11=Erleben sozialer Unterstützung. * $p \leq .005$ (=Bonferroni-korrigiertes Alpha von 0.05/11).

Bei den vier Einzelmerkmalen „Verausgabungsbereitschaft“, „Perfektionsstreben“, „Distanzierungsfähigkeit“ und „Resignationstendenz bei Misserfolg“ wurden hingegen keine Gruppenunterschiede festgestellt. Die vier Einzelmerkmalen „subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit“, „Erfolgserleben im Beruf“, „Lebenszufriedenheit“ und „Erleben sozialer Unterstützung“ haben eine große Effektstärke.

Mittels der Diskriminanzanalyse wurde überprüft, ob sich die Gruppen bezüglich der Diskriminanzfunktion signifikant unterscheiden. Das Ergebnis ist in Tabelle 5.19 dargestellt. Für die Diskriminanz der Gruppen ergibt sich ein Signifikanzniveau von 0,00 %; die Gruppen unterscheiden sich also signifikant.

Tab. 5.19: Wilks' Lambda im Rahmen der neunten Hypothese

Test der Funktion	Wilks' Lambda	Chi-Quadrat	df	Signifikanz
1	.459	128.829	11	.000***

Anmerkung. * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$.

In Tabelle 5.20 wurden die standardisierten Diskriminanzfunktionskoeffizienten (links) und die Struktur-Matrix (rechts) zusammengestellt. Aus den standardisierten kanonischen Diskriminanzkoeffizienten wird ermittelt, dass die Variable „Erfolgserleben im Beruf“ die größte diskriminatorische Bedeutung besitzt. Aus der Struktur-Matrix wird auch ersichtlich, dass die Variable „Erfolgserleben im Beruf“ am höchsten mit der Diskriminanzfunktion korreliert. Demnach wurde die Hypothese 9, dass die berufstätigen Frauen in Deutschland mehr gesundheitsfördernde bzw. geringere gesundheitsgefährdende Verhaltens- und Erlebensmuster im beruflichen Umfeld zeigen als die berufstätigen Frauen in Südkorea, signifikant bestätigt.

Tab.5.20: Diskriminanzanalyse im Rahmen der neunten Hypothese

Standardisierte kanonische Diskriminanzkoeffizienten	Funktion 1	Struktur-Matrix	Funktion 1
Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit	-.272	Erfolgserleben im Beruf	.651
Beruflicher Ehrgeiz	-.489	Lebenszufriedenheit	.546
Verausgabungsbereitschaft	-.193	Erleben sozialer Unterstützung	.546
Perfektionsstreben	-.125	Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit	-.413
Distanzierungsfähigkeit	-.130	Innere Ruhe/ Ausgeglichenheit	.299
Resignationstendenz bei Misserfolg	.475	Beruflicher Ehrgeiz	-.203
Offensive	.182	Offensive	.190
Problembewältigung		Problembewältigung	
Innere	.278	Verausgabungsbereitschaft	-.131
Ruhe/Ausgeglichenheit			
Erfolgserleben im Beruf	.528	Distanzierungsfähigkeit	.110
Lebenszufriedenheit	.267	Resignationstendenz bei Misserfolg	.024
Erleben sozialer Unterstützung	.287	Perfektionsstreben	-.019

Anmerkungen. Struktur-Matrix (rechts): Gemeinsame Korrelationen innerhalb der Gruppen zwischen Diskriminanzvariablen und standardisierten kanonischen Diskriminanzfunktionen. Variablen sind nach ihrer absoluten Korrelationsgröße innerhalb der Funktion geordnet.

5.2.4 Kulturelle Unterschiede für erlebte Rollenqualitäten im familiären und beruflichen Umfeld

Die zehnte Hypothese besagt, dass der Gruppenunterschied (gesunde berufstätige Frauen in Deutschland vs. gesunde berufstätige Frauen in Südkorea) durch die erlebten Rollenqualitäten im Familienleben (gemessen mit FRQ-P, -H und -E) besser erklärbar ist als durch die erlebten Rollenqualitäten im Berufsleben (gemessen mit FRQ-B, ERI und AVEM). Mit Hilfe der Diskriminanzanalyse wurde die Hypothese analysiert und die Ergebnisse sind in Tabelle 5.21 dargestellt. Wie diese Tabelle veranschaulicht, ergibt sich ein Signifikanzniveau von 0,00% für die Diskriminanz der Gruppen (gesunde berufstätige Frauen in Deutschland

vs. gesunde berufstätige Frauen in Südkorea). Das heißt, dass sich die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland signifikant von den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea unterscheiden.

Tab. 5.21: Wilks' Lambda im Rahmen der zehnten Hypothese

Test der Funktion	Wilks' Lambda	Chi-Quadrat	df	Signifikanz
1	.227	108.364	12	.000***

Anmerkung. * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$.

Zur Beurteilung von Erklärungswerten für die Merkmalsvariablen werden standardisierte Diskriminanzkoeffizienten (links) in Tabelle 5.22 dargestellt. Das arbeitsbezogene Variable „Muster S (sog. Schonung)“ besitzt die größte diskriminatorische Bedeutung. Hierbei wurde auffälligerweise die Variable „Risikomuster B (sog. Burnout-Syndrom) bezüglich des Berufs“ von der Berechnung der standardisierten kanonischen Diskriminanzkoeffizienten ausgeschlossen, da der Wert dieser Variable so redundant ist, dass er bei der Erklärung des Gruppenunterschieds nicht hilft. Rechtsseitig findet sich die Struktur-Matrix, um die Korrelationen zwischen Merkmalsvariable und Diskriminanzfunktion zu beurteilen. Die Variable „Muster S“ korreliert mit der Diskriminanzfunktion am höchsten. Darüber hinaus wurde bestätigt, dass der Gruppenunterschied durch die Variable für erlebte Rollenqualitäten im beruflichen Umfeld besser erklärbar ist als durch die Variable für erlebte Rollenqualitäten im familiären Umfeld. Aus diesem Grund ist die zehnte Hypothese nicht bestätigt.

Tab. 5.22: Standardisierte kanonische Diskriminanzkoeffizienten (links) und Struktur-Matrix (rechts) mittels der Diskriminanzanalyse im Rahmen der Hypothese 10

Standardisierte kanonische Diskriminanzkoeffizienten		Funktion	Struktur-Matrix		Funktion
		1			1
Zufriedenheit mit Beruf		-.207	Muster S		.419
Belastung im Beruf		-.383	Risikomuster B ^(b)		-.298
Zufriedenheit mit Partnerschaft		-.635	ERI ^(a)		.276
Belastung in der Partnerschaft		.697	Zufriedenheit mit dem Haushalt		-.197
Zufriedenheit mit Haushalt		-.115	Muster G		.157
Belastung im Haushalt		-.539	Belastung im Haushalt		-.153
Zufriedenheit mit Elternschaft		.288	Risikomuster A		-.147
Belastung in der Elternschaft		.081	Belastung im Beruf		-.114
ERI ^(a)		.828	Zufriedenheit mit der Elternschaft		.075
AVEM	Muster G	.968	Zufriedenheit mit der Partnerschaft		.044
	Muster S	1.176	Belastung in der Partnerschaft		.034
	Risikomuster A	.282	Belastung in der Elternschaft		.017
			Zufriedenheit mit dem Beruf		-.001

Anmerkungen. Die Struktur-Matrix (rechts): Gemeinsame Korrelationen innerhalb der Gruppen zwischen Diskriminanzvariablen und standardisierten kanonischen Diskriminanzfunktionen. Variablen sind nach ihrer absoluten Korrelationsgröße innerhalb der Funktion geordnet. ^(a)ERI bedeutet ein berufsbezogenes Ungleichgewicht aus Verausgabung und Belohnung. ^(b)Diese Variable wird in der Diskriminanzanalyse nicht verwendet.

5.2.5 Kulturelle Unterschiede für seelische Gesundheit

Dass berufstätige Frauen in Deutschland seelisch mehr gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster (gemessen mit TPF) sowie geringere subjektive Beeinträchtigungswerte durch körperliche und psychische Symptome (gemessen mit BSI) im

Vergleich zu berufstätigen Frauen in Südkorea aufweisen, ist die Annahme der elften Hypothese.

Mit Hilfe des t-Tests für unabhängige Stichproben konnten signifikante Gruppenunterschiede bei den subjektiven Beeinträchtigungswerten durch körperliche und psychische Symptome (BSI) und bei der seelischen Gesundheit des TPF zwischen den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland und in Südkorea nachgewiesen werden (siehe Tab. 5.23). Die Werte für subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome lagen höher bei gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea als in Deutschland, während sich für die seelische Gesundheit in Deutschland höhere Werte zeigten als in Südkorea. Die Werte des BSI zeigten dabei eine große Effektstärke. Allerdings wurden für die Persönlichkeitsvariablen „Verhaltenskontrolle“ und „Sinnerfülltheit vs. Depressivität“ des TPF keine signifikanten Gruppenunterschiede nachgewiesen.

Tab. 5.23: t-Test für unabhängige Stichproben für seelische Gesundheit

		Deutschland (N=98)	Südkorea (N=99)	t-Werte (df)	p- Werte	Effektstärke (d)
		M (SD)	M (SD)			
TPF	BSI	1.33 (0.29)	1.86 (0.47)	-9.53(195)	.000*	-1.357
	1	2.35 (0.61)	2.38 (1.03)	-0.21 (195)	.834	-.035
	2	3.20 (1.05)	2.91 (0.59)	2.35 (195)	.020*	.341
	3	1.82 (0.84)	2.35 (2.40)	-2.08 (195)	.039	-.295

Anmerkungen. 1=Verhaltenskontrolle, 2=Seelische Gesundheit und 3=Sinnerfülltheit vs. Depressivität. * $p \leq .013$ (=Bonferroni-korrigiertes Alpha von 0.05/4). Die Items für die Skala „Sinnerfülltheit vs. Depressivität“ wurden in der vorliegenden Studie umgepolt, so dass hohe Werte einer Richtung für Depressivität sprechen.

5.2.6 Kulturelle Zusammenhänge zwischen seelischer Gesundheit und dem arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

In Hypothese 12 wurde analysiert, ob in den beiden Ländern (Südkorea und Deutschland) die erlebten Rollenqualitäten der höheren Zufriedenheitswerte und geringeren Belastungswerte sowohl im familiären als auch beruflichen Umfeld einen positiven Zusammenhang mit den höheren gesundheitsfördernden bzw. geringeren

gesundheitsgefährdenden Verhaltens- und Erlebensmustern (gemessen mit AVEM) aufweisen.

Zunächst wurde mittels einer einfaktoriellen Varianzanalyse überprüft, ob die arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM; Muster G und S sowie Risikomuster A und B) durch die erlebten Rollenqualitäten sowohl im Familienleben als auch im Berufsleben erklärt werden können. Die Analyse für die Stichproben (gesunde berufstätige Frauen in Südkorea und gesunde berufstätige Frauen in Deutschland) wurde getrennt durchgeführt. Hierbei wurde dieses Muster nominal skaliert: *Muster G=1, Muster S=2, Risikomuster A=3 & Risikomuster B=4*). Tabelle 5.24 stellt diese Ergebnisse dar. Die Variable „Zufriedenheit mit dem Beruf“ wurde signifikant von den „arbeitsbezogenen gesundheitsgefährdenden bzw. -fördernden Verhaltens- und Erlebensmustern“ bei den gesunden berufstätigen Frauen sowohl in Deutschland als auch in Südkorea beeinflusst. Zudem hatten die Variablen „Belastung im Beruf“ und „Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung (ERI-Werte)“ einen signifikanten Einfluss auf die „arbeitsbezogenen gesundheitsgefährdenden bzw. -fördernden Verhaltens- und Erlebensmuster“ nur bei den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea.

Tab. 5.24: Einfaktorielle Varianzanalyse im Rahmen der Hypothese 12 (Nominalskalierte Muster x erlebte Rollenqualitäten)

		Muster G: M (SD)	Muster S: M (SD)	Risikomuster A: M (SD)	Risikomuster B: M (SD)	F- Werte	P	Partielles Eta ²
1	Deutschland	1.95 (0.59); N=18	1.56 (0.47); N=40	1.68 (0.69); N=6	1.27 (0.62); N=29	5.78	.001*	.071
	Südkorea	2.27 (0.40); N=3	1.98 (0.16); N=11	1.92 (0.43); N=28	1.47 (0.44); N=56	11.71	.000*	.099
2	Deutschland	0.83 (0.71); N=18	0.69 (0.47); N=40	1.33 (0.73); N=6	1.11 (0.61); N=29	4.23	.008	.052
	Südkorea	0.08 (0.14); N=3	0.74 (0.36); N=11	1.03 (0.51); N=28	1.20 (0.47); N=56	7.66	.000*	.078
3	Deutschland	2.64 (0.51); N=13	2.41 (0.61); N=37	1.89 (0.38); N=5	2.21 (0.81); N=19	2.13	.104	.029
	Südkorea	3.14 (0.00); N=2	2.67 (0.46); N=3	2.05 (0.75); N=19	2.08 (0.55); N=35	2.76	.051	.062
4	Deutschland	0.98 (0.99); N=13	0.83 (0.65); N=37	1.60 (0.82); N=5	1.17 (0.84); N=19	1.85	.147	.032
	Südkorea	0.14 (0.20); N=2	0.52 (0.50); N=3	0.77 (0.49); N=19	0.96 (0.53); N=35	2.43	.075	.035
5	Deutschland	1.64 (0.40); N=17	1.37 (0.51); N=36	1.24 (0.27); N=6	1.35 (0.52); N=25	1.83	.149	.010
	Südkorea	2.50 (0.30); N=2	1.86 (0.14); N=3	1.88 (0.46); N=20	1.80 (0.50); N=35	1.37	.263	.008
6	Deutschland	0.85 (0.54); N=16	0.88 (0.51); N=36	1.12 (0.40); N=6	1.32 (0.66); N=25	3.76	.014	.046
	Südkorea	0.57 (0.20); N=2	0.90 (0.22); N=3	1.42 (0.46); N=19	1.18 (0.42); N=35	3.62	.019	.045
7	Deutschland	2.83 (0.24); N=4	2.25 (0.55); N=19	2.57 (0.43); N=5	2.37 (0.56); N=10	1.65	.196	.021
	Südkorea	2.25 (0.12); N=2	2.08 (0.12); N=2	2.36 (0.35); N=17	2.24 (0.52); N=33	0.40	.757	-.014
8	Deutschland	1.14 (0.98); N=4	1.08 (0.66); N=20	1.59 (0.71); N=5	1.44 (1.00); N=9	0.83	.489	-.013
	Südkorea	0.44 (0.47); N=2	1.22 (0.31); N=2	1.36 (0.69); N=17	1.02 (0.58); N=33	2.03	.121	.040
9	Deutschland	1.24 (0.57); N=17	1.21 (0.36); N=37	1.44 (0.21); N=6	1.34 (0.41); N=28	0.83	.482	-.001
	Südkorea	0.70 (0.13); N=3	0.79 (0.17); N=11	0.98 (0.21); N=28	1.04 (0.27); N=56	4.70	.004*	.012

Anmerkungen. 1=Zufriedenheit mit dem Beruf, 2=Belastung im Beruf, 3=Zufriedenheit mit der Partnerschaft, 4=Belastung in der Partnerschaft, 5=Zufriedenheit mit dem Haushalt, 6=Belastung im Haushalt, 7=Zufriedenheit mit der Elternschaft, 8=Belastung in der Elternschaft und 9= ERI. ^{(a)*} $p \leq .006$ (=Bonferroni-korrigiertes Alpha von 0.05/9).

Des Weiteren wurden die Zusammenhänge zwischen erlebten Rollenqualitäten und AVEM mit den Dummy-kodierten Variablen anhand bivariater Korrelationen nach Pearson untersucht. Aus Tabelle 5.25 sind folgende Ergebnisse ersichtlich:

- (a) Das Muster G (sog. Gesundheit) korreliert positiv mit Zufriedenheit mit dem Beruf bei den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland und negativ mit der Belastung im Beruf bei den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea: Je zufriedener die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland mit dem Beruf waren und je geringere Belastungswerte die gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea hatten, desto häufiger zeigten sie das arbeitsbezogene gesundheitsfördernde Verhaltensmuster G.
- (b) Das Muster S (sog. Schonung) korreliert negativ mit der Belastung im Beruf bei den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland: Je geringer die Belastungen im Beruf bei gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland waren, desto häufiger zeigten sie das berufsbezogene gesundheitsfördernde Verhaltensmuster S.
- (c) Das Risikomuster A (sog. hohe Anstrengung) korreliert positiv mit der Zufriedenheit mit dem Beruf bei den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea: Je zufriedener die gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea ihren beruflichen Einsatz empfanden, desto häufiger zeigten sie das arbeitsbezogene gesundheitsgefährdende Verhaltensmuster A.
- (d.1) Das Risikomuster B (sog. Burnout-Syndrom) korreliert negativ mit der zufriedensstellenden Rollenqualität im Beruf sowohl in Deutschland als auch in Südkorea: Je unzufriedener die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland und Südkorea mit dem Beruf waren, desto häufiger zeigten sie das arbeitsbezogene gesundheitsgefährdende Verhaltensmuster B.
- (d.2) Das Risikomuster B korreliert positiv mit der Belastung einerseits im Haushalt bei den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland, andererseits im Beruf bei den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea: Je belastender der Haushalt für die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland und der Beruf für die gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea empfunden wurde, desto häufiger zeigten die Frauen in beiden Ländern das arbeitsbezogene gesundheitsgefährdende Verhaltensmuster B.

Zusammenfassend wurde die zwölfte Hypothese teilweise bestätigt. In beiden Ländern korrelierten die arbeitsbezogenen gesundheitsfördernden bzw. -gefährdenden Verhaltens- und Erlebensmuster meistens mit den erlebten Rollenqualitäten der Zufriedenheit und der Belastung.

Tab. 5.25: Bivariate Korrelationen nach Pearson (Signifikanz, 2-seitig) für die Ergebnisse der 12. Hypothese (Dummy-Kodierung von Mustern x erlebte Rollenqualitäten)

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
G	Deutschland	.331* (.001) N=93	-.044 (.675) N=93	.196 (.095) N=74	-.009 (.938) N=74	.244 (.025) N=84	-.148 (.181) N=83	.294 (.073) N=38	-.044 (.793) N=38	-.044 (.683) N=88
	Südkorea	.220 (.030) N=98	-.339* (.001) N=98	.296 (.023) N=59	-.253 (.054) N=59	.250 (.054) N=60	-.269 (.040) N=59	-.009 (.946) N=54	-.211 (.126) N=54	-.200 (.049) N=98
	Deutschland	.009 (.928) N=93	-.289* (.005) N=93	.069 (.557) N=74	-.208 (.076) N=74	-.070 (.525) N=84	-.216 (.049) N=83	-.258 (.118) N=38	-.218 (.188) N=38	-.121 (.260) N=88
	Südkorea	.225 (.026) N=98	-.224 (.027) N=98	.193 (.143) N=59	-.144 (.277) N=59	.001 (.995) N=60	-.162 (.221) N=59	-.082 (.554) N=54	.035 (.801) N=54	-.269 (.007) N=98
A	Deutschland	.057 (.586) N=93	.192 (.066) N=93	-.195 (.096) N=74	.206 (.078) N=74	-.098 (.373) N=84	.045 (.688) N=83	.137 (.413) N=38	.175 (.293) N=38	.107 (.321) N=88
	Südkorea	.314* (.002) N=98	-.045 (.659) N=98	-.096 (.469) N=59	-.109 (.411) N=59	.038 (.776) N=60	.308 (.018) N=59	.138 (.320) N=54	.271 (.047) N=54	-.011 (.913) N=98
	Deutschland	-.323* (.002) N=93	.245 (.018) N=93	-.138 (.242) N=74	-.127 (.279) N=74	-.083 (.454) N=84	.336* (.002) N=83	-.017 (.920) N=38	.149 (.373) N=38	.108 (.316) N=88
	Südkorea	-.507* (.000) N=98	.302* (.003) N=98	-.104 (.433) N=59	.261 (.046) N=59	-.127 (.332) N=60	-.122 (.359) N=59	-.096 (.491) N=54	-.191 (.167) N=54	.252 (.012) N=98

Anmerkungen. * $p \leq .006$ (=Bonferroni-korrigiertes Alpha von 0.05/9). 1=Zufriedenheit mit dem Beruf, 2=Belastung im Beruf, 3=Zufriedenheit mit der Partnerschaft, 4=Belastung in der Partnerschaft, 5=Zufriedenheit mit dem Haushalt, 6=Belastung im Haushalt, 7=Zufriedenheit mit der Elternschaft, 8=Belastung in der Elternschaft und 9= ERI. AVEM: Das Muster G ist ein Ausdruck von **G**esundheit und das Muster S von **S**chonung. Das Risikomuster A ist eine Abkürzung für hohe **A**nstrengung und das Risikomuster B für **B**urnout-Syndrom.

5.2.7 Kulturelle Zusammenhänge zwischen erlebten Rollenqualitäten und seelischer Gesundheit

In Hypothese 13 soll überprüft werden, ob in beiden Ländern (Südkorea und Deutschland) die erlebten Rollenqualitäten der höheren Zufriedenheitswerte und geringeren Belastungswerte sowohl im familiären als auch im beruflichen Umfeld einen positiven Zusammenhang mit den höheren gesundheitsgefährdenden Verhaltens- und Erlebensmustern (gemessen mit TPF) sowie mit den geringeren subjektiven Beeinträchtigungswerten durch körperliche und psychische Symptome (gemessen mit BSI) aufweisen. Wie in Tabelle 5.26 dargestellt ist, ergeben sich signifikante Zusammenhänge

wie folgt:

(a.1) Bei den gesunden berufstätigen Frauen sowohl in Deutschland als auch in Südkorea korreliert „subjektive Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Symptome (BSI)“ negativ mit der zufrieden stellenden Rollenqualität im Beruf: Je zufriedener hier das Urteil der gesunden berufstätigen Frauen sowohl in Deutschland als auch in Südkorea ausfiel, desto geringer waren die subjektiven Beeinträchtigungswerte durch körperliche und psychische Symptome.

(a.2) Diese subjektiven Beeinträchtigungen korrelierten positiv mit der Belastung in Beruf und Haushalt bei den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland sowie mit der Belastung in Beruf, Partnerschaft und Elternschaft bei den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea: Je belastender Beruf und Haushalt von den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland und je belastender Beruf, Partnerschaft und Elternschaft von den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea beurteilt wurden, desto höher lag in beiden Ländern das Beeinträchtigungsniveau durch körperliche und psychische Symptome.

(b) Die Variable „seelische Gesundheit“ des TPF korreliert positiv mit der zufrieden stellenden Rollenqualität im Beruf bei den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea: Je zufriedener die gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea mit ihrer Situation im Beruf waren, desto besser war ihr Zustand seelischer Gesundheit.

Zusammenfassend wurde die 13. Hypothese teilweise bestätigt. Am häufigsten zeigt sich, dass die subjektiven Beeinträchtigungswerte durch körperliche und seelische Symptome mit den beruflichen Rollenqualitäten in Deutschland und Südkorea zusammenhängen. In Südkorea korrelierten diese Beeinträchtigungswerte zusätzlich auch mit den Rollenqualitäten der Partnerschaft und Elternschaft.

Tab. 5.26: Bivariate Korrelationen (Signifikanz, 2-seitig) nach Pearson im Rahmen der 13. Hypothese

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
BSI	Deutschland	-.373*	.276*	-.097	.137	-.084	.374*	-.165	.164	.022
		(.000)	(.006)	(.400)	(.235)	(.437)	(.000)	(.304)	(.307)	(.833)
		N=96	N=96	N=77	N=77	N=87	N=86	N=41	N=41	N=91
	Südkorea	-.490*	.397*	-.280	.388*	-.180	.310	-.101	.546*	.091
		(.000)	(.000)	(.032)	(.002)	(.169)	(.017)	(.468)	(.000)	(.368)
		N=99	N=99	N=59	N=59	N=60	N=59	N=54	N=54	N=99
Verhaltens- kontrolle (TPF)	Deutschland	.002	-.053	.055	-.076	-.046	-.020	.136	-.331	.121
		(.986)	(.606)	(.637)	(.513)	(.673)	(.852)	(.397)	(.034)	(.253)
		N=96	N=96	N=77	N=77	N=87	N=86	N=41	N=41	N=91
	Südkorea	-.130	.202	-.059	.152	-.115	.191	-.086	-.118	.019
		(.199)	(.044)	(.655)	(.249)	(.382)	(.148)	(.539)	(.395)	(.853)
		N=99	N=99	N=59	N=59	N=60	N=59	N=54	N=54	N=99
Seelische Gesundheit (TPF)	Deutschland	.268	-.121	-.079	.239	.115	-.097	.096	-.057	-.023
		(.008)	(.239)	(.497)	(.036)	(.287)	(.372)	(.552)	(.723)	(.826)
		N=96	N=96	N=77	N=77	N=87	N=86	N=41	N=41	N=91
	Südkorea	.291*	-.183	-.003	-.212	.190	-.014	.067	-.057	-.148
		(.003)	(.069)	(.984)	(.107)	(.147)	(.914)	(.632)	(.682)	(.144)
		N=99	N=99	N=59	N=59	N=60	N=59	N=54	N=54	N=99
Sinnerfüllt- heit vs. Depressi- vität (TPF)	Deutschland	-.053	-.013	-.008	-.007	-.061	.078	-.189	.329	-.003
		(.609)	(.901)	(.943)	(.949)	(.577)	(.476)	(.236)	(.036)	(.977)
		N=96	N=96	N=77	N=77	N=87	N=86	N=41	N=41	N=91
	Südkorea	.113	-.207	.160	-.053	.178	-.149	.015	.102	-.103
		(.265)	(.040)	(.227)	(.691)	(.174)	(.261)	(.914)	(.462)	(.311)
		N=99	N=99	N=59	N=59	N=60	N=59	N=54	N=54	N=99

Anmerkungen. * $p \leq .006$ (=Bonferroni-korrigiertes Alpha von 0.05/9). 1=Zufriedenheit mit dem Beruf, 2=Belastung im Beruf, 3=Zufriedenheit mit der Partnerschaft, 4=Belastung in der Partnerschaft, 5=Zufriedenheit mit dem Haushalt, 6=Belastung im Haushalt, 7=Zufriedenheit mit der Elternschaft, 8=Belastung in der Elternschaft und 9=ERI. Die Items für die Skala „Sinnerfülltheit vs. Depressivität“ wurden in der vorliegenden Studie umgepolt, so dass hohe Werte einer Richtung für Depressivität sprechen.

5.2.8 Kulturelle Unterschiede bzgl. psychotherapeutischer Einstellung und Akzeptanz

Um die Hypothesen 14 und 15 zu prüfen, wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben verwendet. Wie aus Tabelle 5. 27 ersichtlich, wird Hypothese 14 signifikant bestätigt, welche annimmt, dass die Einstellungswerte gegenüber der Psychotherapie in der koreanischen Bevölkerung geringer sind als in der deutschen Bevölkerung. Die Variable „Einstellung gegenüber der Psychotherapie“ weist auf einen spürbar größeren Effekt auf. Hypothese 15 geht darüber hinaus davon aus, dass die gesellschaftlichen Akzeptanzwerte in der koreanischen Bevölkerung geringer sind als in der deutschen Bevölkerung. Wie bereits die Tabelle zeigt, wurde auch diese Hypothese signifikant bestätigt. Dies bedeutet, dass die Einstellung gegenüber psychotherapeutischer Behandlung in Deutschland deutlich positiver ist als in Südkorea und die Akzeptanz der Gesellschaft für psychotherapeutische Behandlung in Deutschland höher ist als in Südkorea.

Tab. 5.27: t-Test für unabhängige Stichproben in Bezug auf die 14. und 15. Hypothese

	Gesunde berufstätige Frauen in Deutschland (N=98)		Gesunde berufstätige Frauen in Südkorea (N=99)		t-Werte (df)	p-Werte	Effekt-Stärke (d)
	M	SD	M	SD			
Einstellung gegenüber Psychotherapie ^(a)	3.46	0.53	2.41	0.56	13.58 (195)	.000*	1.926
Akzeptanz der Gesellschaft ^(b)	1.79	0.58	2.28	2.02	-2.31 (195)	.022*	-.330

Anmerkungen. * $p \leq .025$ (=Bonferroni-korrigiertes Alpha von 0.05/2). ^(a)Je höher die Werte sind, desto positiver ist die Einstellung gegenüber Psychotherapie. ^(b)Je höher die Werte, desto geringer die Akzeptanz der Gesellschaft für die Psychotherapie.

5.2.9 Kulturelle Zusammenhänge zwischen seelischer Gesundheit und psychotherapeutischer Einstellung bzw. Akzeptanz

Hypothese 16 geht davon aus, dass seelische Gesundheit (gemessen mit BSI und TPF)

einen positiven Zusammenhang mit den Einstellungswerten gegenüber einer Psychotherapie und den gesellschaftlichen Akzeptanzwerten hat. Um dies zu analysieren, wurden die bivariaten Korrelationen nach Pearson verwendet. Hypothese 16 konnte teilweise bestätigt werden. In der folgenden Tabelle 5.28 findet sich ein Überblick über die Ergebnisse der bivariaten Korrelationen nach Pearson in Deutschland und Südkorea. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt darstellen:

(a) Die Einstellung gegenüber Psychotherapie korreliert negativ mit der Variable „Sinnerfülltheit vs. Depressivität“ des TPF bei den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland: Je depressiver sich die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland empfanden, desto negativer war ihre Einstellung gegenüber der Psychotherapie.

(b) Die Akzeptanz der Gesellschaft für Psychotherapie korreliert positiv mit den subjektiven Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Symptome bei den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland sowie mit der „Sinnerfülltheit vs. Depressivität“ des TPF bei den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea: Je stärker die subjektiven Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Symptome von gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland empfunden wurden und je höher die Werte für Depressivität bei gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea lagen, desto geringer war ihre Akzeptanz gegenüber der psychotherapeutischen Behandlung.

Tab. 5.28: Bivariate Korrelationen nach Pearson (Signifikanz, 2-seitig) für Ergebnisse der 16. Hypothese in Deutschland und Südkorea

		TPF			
		BSI	Verhaltens- kontrolle	Seelische Gesundheit	Sinnerfülltheit vs. Depressivität
Einstellung gegenüber Psychotherapie	Deutschland	-.051 (.615)	.098 (.337)	.091 (.372)	-.262* (.009)
	Südkorea	-.180 (.074)	-.107 (.290)	.104 (.303)	-.033 (.748)
Akzeptanz der Gesellschaft	Deutschland	.252* (.012)	-.191 (.060)	-.023 (.820)	.067 (.510)
	Südkorea	.009 (.932)	-.036 (.721)	-.025 (.809)	.307* (.002)

Anmerkungen. * $p \leq .025$ (=Bonferroni-korrigiertes Alpha von 0.05/2). Deutschland: N=98, Südkorea N=99. Die Items für die Skala „Sinnerfülltheit vs. Depressivität“ wurden in der vorliegenden Studie umgepolt, so dass hohe Werte einer Richtung für Depressivität sprechen.

5.3 Zusammenfassende Darstellungen der erhobenen Befunde

	Klinische Gruppe in Deutschland vs. Gesunde Gruppe in Deutschland	Gesunde Gruppe in Deutschland vs. Gesunde Gruppe in Südkorea
	Erste Forschungsfrage	Dritte Forschungsfrage
Familiäres Umfeld	Hyp 1: - H 1.1 (FRQ-P): signifikant bestätigt - H 1.2 (FRQ-H): teilweise bestätigt - H1.3 (FRQ-E): teilweise bestätigt	Hypothese 7 (FRQ-P, -H und -E): nicht bestätigt
Berufliches Umfeld	Hyp 2: - H 2.1 (FRQ-B): teilweise bestätigt - H 2.2 (ERI): nicht bestätigt - H 2.3 (AVEM): signifikant bestätigt	Hypothese 8 (FRQ-B und ERI): nicht bestätigt
Familiäres und berufliches Umfeld	Hypothese 3: nicht bestätigt	Hypothese 9 (AVEM): signifikant bestätigt Hypothese 10: nicht bestätigt
	Zweite Forschungsfrage	
Seelische Gesundheit	Hypothese 4: teilweise bestätigt Hypothese 5: teilweise bestätigt	Hypothese 11: teilweise bestätigt Hypothese 12: teilweise bestätigt
Zusammenhang zwischen Rollenqualitäten (Familie und Beruf) und gesundheitsfördernden bzw. -gefährdenden Verhaltensmustern bezüglich des Berufs		
Zusammenhang zwischen Rollenqualitäten und seelischer Gesundheit	Hypothese 6: teilweise bestätigt	Hypothese 13: teilweise bestätigt
		Vierte Forschungsfrage
Einstellung gegenüber Psychotherapie und Akzeptanz in der Gesellschaft (TPF)		Hypothese 14 & 15: signifikant bestätigt
Zusammenhang zwischen Einstellung bzw. Akzeptanz und seelischer Gesundheit		Hypothese 16: teilweise bestätigt

6 Diskussion

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse im Hinblick auf die vier Fragestellungen bzw. die Hypothesen zusammenfassend interpretiert und diskutiert. Des Weiteren werden das methodische Vorgehen kritisch reflektiert und die weiteren Forschungsmöglichkeiten beschrieben. Abschließend wird die Relevanz der vorliegenden Ergebnisse für die künftige Praxis dargestellt.

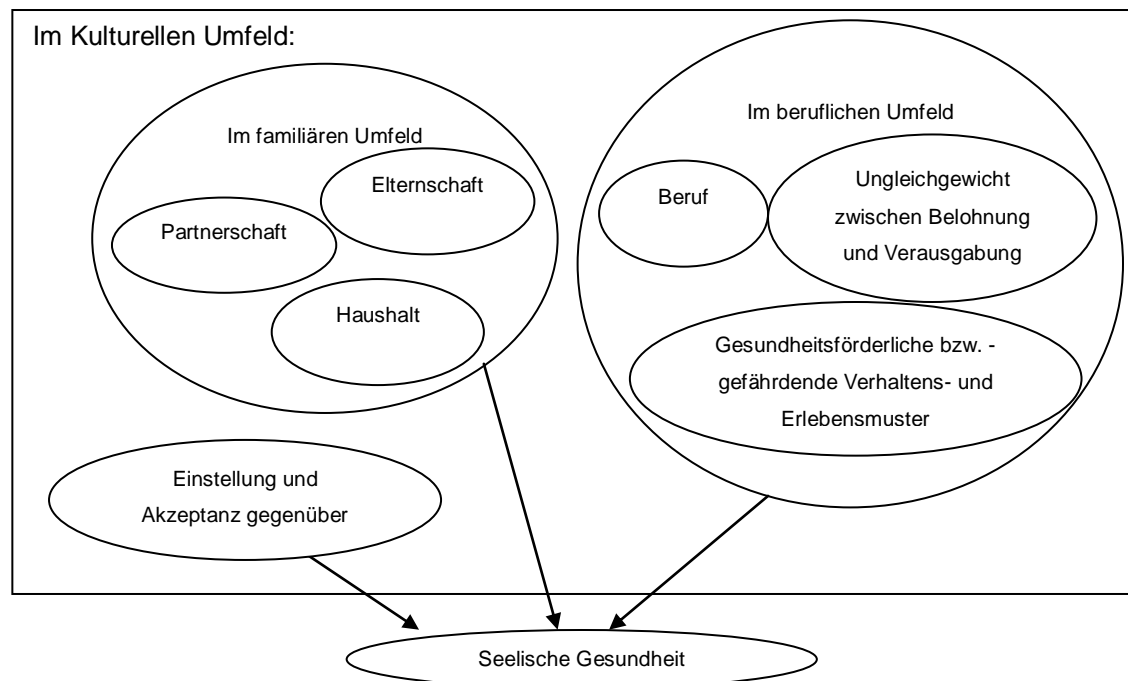
6.1 Inhaltliche Diskussion der Befunde

In der vorliegenden Studie wurden Theorien angenommen, in denen das Modell der Salutogenese, Work-Life-Balance und Rollenqualitäten thematisiert werden. Besonders wurde ein Gesundheitskontinuum im Rahmen des Modells der Salutogenese nach Antonovsky (1979) einbezogen, wonach ein seelischer Gesundheitszustand auf einem Kontinuum steht. In der vorliegenden Studie wurde zunächst angenommen, dass gesunde berufstätige Frauen auf einem positiven bzw. gesunden Pol stehen, während sowohl berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen als auch gesunde berufstätige Frauen in Südkorea auf einem anderen negativen bzw. kranken Pol stehen. Des Weiteren wurde vorausgesetzt, dass die erlebten Rollenqualitäten den seelischen Gesundheitszustand beeinflussen. Dies bedeutet, dass der seelische Gesundheitszustand bei berufstätigen Frauen davon abhängig ist, welche Risiko- und Schutzfaktoren bei ihnen vorliegen bzw. wie sie diese Faktoren selbst empfinden. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden die Risiko- und Schutzfaktoren für seelische Gesundheit bei berufstätigen Frauen einerseits nach einem individuellen Aspekt, andererseits nach einem kulturellen Aspekt mit den insgesamt vier Forschungsfragestellungen erforscht.

Im Rahmen der ersten und zweiten Forschungsfrage wurden die erlebten zufrieden stellenden oder/und belastenden Rollenqualitäten im familiären und beruflichen Umfeld durch einen Vergleich zwischen gesunden berufstätigen Frauen und seelisch erkrankten berufstätigen Frauen identifiziert und weiter analysiert, wie die erlebten Rollenqualitäten in den verschiedenen Lebenswelten mit seelischer Gesundheit zusammenhängen. Diese Annahmen wurden im Rahmen der dritten Forschungsfrage durch einen Vergleich zwischen einer Stichprobe Gesunder in Deutschland und einer Stichprobe Gesunder in Südkorea nach dem kulturellen Aspekt überprüft (siehe Abb. 6.1). Im Rahmen der vierten Forschungsfrage wurde schließlich ein Unterschied für die Einstellung und die Akzeptanz in der Gesellschaft gegenüber der psychotherapeutischen Behandlung nach einem kulturellen

Kontext analysiert und im Anschluss daran wurde ein Zusammenhang mit seelischer Gesundheit überprüft. Im Folgenden werden die einzelnen Forschungsfragen begleitend mit den entsprechenden Hypothesen beantwortet und interpretiert.

Abb. 6.1: Verschiedene mit seelischer Gesundheit zusammenhängende Faktoren im Rahmen der vorliegenden Studie



6.1.1 Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse im Rahmen der Forschungsfragen

Im Rahmen der ersten Forschungsfrage wurden die gesunden berufstätigen Frauen mit den seelisch erkrankten berufstätigen Frauen verglichen. Darüber hinaus konnten Risiko- und Schutzfaktoren für seelische Gesundheit bezüglich der ersten Fragestellung festgestellt werden (Abschnitt 6.1.1.1). Diese Faktoren wurden zur weiteren Fragestellung im Zusammenhang mit seelischer Gesundheit bezüglich der zweiten Fragestellung geprüft (Abschnitt 6.1.1.2). Im Rahmen der dritten Forschungsfrage wurden die Schutz- und Risikofaktoren für seelische Gesundheit nach der kulturellen Perspektive durch den Gruppenvergleich bei den gesunden berufstätigen Frauen zwischen Deutschland und Südkorea verglichen (Abschnitt 6.1.1.3). Zum Schluss wurden die Einstellung und

gesellschaftliche Akzeptanz gegenüber psychotherapeutischen Behandlungen im Rahmen des Kulturvergleichs entsprechend der vierten Forschungsfrage beantwortet (Abschnitt 6.1.1.4).

6.1.1.1 Risiko- und Schutzfaktoren für seelische Gesundheit bei berufstätigen Frauen

Die erste Forschungsfrage beschäftigte sich damit, welche Variablen für erlebte Rollenqualitäten im beruflichen und familiären Umfeld entweder zu Risiko- oder zu Schutzfaktoren für seelische Gesundheit bei berufstätigen Frauen einzuordnen sind und wie unterschiedlich die Rollenqualitäten zwischen gesunden berufstätigen Frauen und berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen erlebt werden. Nach Hurrelmann (1994) ist das Gesundheitsniveau Resultat der je gegebenen, aber auch veränderlichen und beeinflussbaren Gleichgewichte des Verhältnisses zwischen Risiko- und Schutzfaktoren, die sowohl innerhalb als auch außerhalb der Person liegen. Wie bereits erwähnt, wird eine Konzeption von Gesundheit im Denkmodell der Salutogenese nach Antonovsky (1987) vorgeschlagen, bei dem der gesundheitliche Zustand aller Menschen – ob gesund oder krank – auf einem multidimensionalen Kontinuum zwischen den beiden Extrempolen (von minimaler bis zu maximaler Gesundheit) zu verorten und dann ihre Bewegungen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu erklären sind (Faltermaier, 2005). Aus Sicht dieses Ansatzes ist es entscheidend für eine Position auf diesem Kontinuum, welche Schutz- und Risikofaktoren eine Person auf sich vereinigt und wie viele Schutzfaktoren sie bei einer Belastungssituation hinzuziehen kann. In der vorliegenden Studie wurden diese Faktoren durch die erlebten Rollenqualitäten im familiären und berufstätigen Umfeld durch den Gruppenvergleich herausgefunden. An dieser Studie wurde angenommen, dass die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen (sog. „Klinische Stichprobe“) auf einem Pol für das minimale Gesundheitsniveau liegen, während die gesunden berufstätigen Frauen (sog. „Stichprobe Gesunder“) auf einem gegensätzlichen Pol für das maximale Gesundheitsniveau stehen. Um die Schutz- und Risikofaktoren einordnen zu können, wurden die erlebten bzw. subjektiven Rollenqualitäten der Zufriedenheit und der Belastung durch einen Gruppenvergleich zwischen den gesunden berufstätigen Frauen und den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen analysiert. Diese Forschungsfrage wurde unter Hinzuziehung zweier Hypothesen und sechs untergeordneter Hypothesen beantwortet.

Im Folgenden werden die Befunde dargestellt und danach zusammenfassende inhaltliche Interpretationen zur ersten und zweiten Hypothese beschrieben.

Hypothese 1. In Hypothese 1 wurde davon ausgegangen, dass die erlebten Rollenqualitäten der hohen Zufriedenheit und niedrigen Belastung im familiären Umfeld positiv mit der seelischen Gesundheit von berufstätigen Frauen zusammenhängen. Das familiäre Umfeld umfasst die Partnerschaft (H 1.1), den Haushalt (H 1.2) und die Elternschaft (H 1.3). Die Ergebnisse von H 1.1, H 1.2 und H 1.3 wiesen darauf hin, dass die gesunden berufstätigen Frauen bessere Rollenqualitäten der hohen Zufriedenheit und der niedrigen Belastung in der Partnerschaft haben als berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen. Des Weiteren gab es signifikante Gruppenunterschiede bei der Belastung in der Elternschaft und im Haushalt. Das heißt, dass die gesunden berufstätigen Frauen geringere Belastung in der Elternschaft und im Haushalt empfunden haben als berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen. Es gab jedoch keinen Gruppenunterschied zwischen gesunden berufstätigen Frauen und berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen bei der Zufriedenheit mit Elternschaft und Haushalt. Durch diese Befunde können Risiko- und Schutzfaktoren identifiziert werden; Zufriedenheit in der Partnerschaft bei berufstätigen Frauen gilt als Schutzfaktor, während Belastungen in Partnerschaft, Haushalt und Elternschaft bei berufstätigen Frauen als Risikofaktoren bezeichnet werden können.

Hypothese 2. Bei der zweiten Hypothese wurden signifikante Gruppenunterschiede bei den erlebten beruflichen Rollenqualitäten zwischen gesunden berufstätigen Frauen und berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen erwartet. Durch die drei Subhypothesen wurde die zweite Hypothese überprüft. Bei der Subhypothese H 2.1 wurde vermutet, dass gesunde berufstätige Frauen höhere Zufriedenheitswerte und geringere Belastungswerte im beruflichen Umfeld haben als berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen. Es konnte allerdings nur bei der Belastung im Beruf ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen gesunden berufstätigen Frauen und berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen festgestellt werden. Für berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen war die Situation im Beruf also belastender als für gesunde berufstätige Frauen. Mit Subhypothese H 2.2 wurde erwartet, dass berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen ein höheres Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung (Effort-Reward-Imbalance) bezüglich der Berufstätigkeit haben als gesunde berufstätige Frauen. Dieser Subhypothese H 2.2 entspricht kein Gruppenunterschied (gesunde berufstätige Frauen vs. berufstätige

Frauen mit seelischen Erkrankungen). Werden die Ergebnisse der ERI-Werte bei beiden Gruppen (gesunde berufstätige Frauen und berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen) verglichen, liegen sie für die beiden Stichproben über eins. Als kritischer Wert sind in der vorliegenden Studie die ERI-Werte über eins festgelegt (siehe Abschnitt 4.3.2; S. 63). Somit empfanden sowohl die gesunden berufstätigen Frauen als auch die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen ein Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und erhaltener bzw. erwarteter Belohnung bezüglich ihrer Berufstätigkeit. Dadurch wurde diese Subhypothese H 2.2 zwar nicht bestätigt, aber es kann vermutet werden, dass berufstätige Frauen allgemein ein Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung im Beruf empfinden. Schließlich wurde in Subhypothese H 2.3 erwartet, dass berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen höhere Werte für die arbeitsbezogenen gesundheitsgefährdenden Verhaltens- und Erlebnismuster (Risikomuster A und B) haben als gesunde berufstätige Frauen. Das Risikomuster A ist eine Abkürzung für „hohe Anstrengung“ und das Risikomuster B für „Burnout-Syndrom“. Die beiden Risikomuster gelten für das gesundheitsgefährdende Verhaltens- und Erlebensmuster in Bezug auf das Berufsleben (siehe Abschnitt 4.3.3; S. 65). Die Ergebnisse zeigten einen signifikanten Gruppenunterschied (gesunde berufstätige Frauen vs. berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen) für die arbeitsbezogenen gesundheitsgefährdenden (Risikomuster A und B) bzw. -fördernden (Muster G und S) Verhaltens- und Erlebensmuster. Mit Hilfe der Konfigurationsfrequenzanalyse wurde bestätigt, dass das arbeitsbezogene gesundheitsfördernde Verhaltensmuster S (sog. Schonung) bei den gesunden berufstätigen Frauen am häufigsten gezeigt wurde, während das arbeitsbezogene gesundheitsgefährdende Verhaltensmuster B (sog. Burnout-Syndrom) bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen am häufigsten auftrat. Wie bereits in Abschnitt 4.3.3 (S. 65) erwähnt, kommen vier arbeitsbezogene Verhaltensmuster (gesundheitsfördernde Muster G und S sowie gesundheitsgefährdende Muster A und B) aus den 11 Dimensionen, nämlich subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, beruflicher Ehrgeiz, Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben, Distanzierungsfähigkeit, Resignationstendenz bei Misserfolg, offensive Problembewältigung, innere Ruhe und Ausgeglichenheit, Erfolgserleben im Beruf, Lebenszufriedenheit sowie Erleben sozialer Unterstützung. Um das arbeitsbezogene Verhaltensmuster für die Gruppenunterschiede konkreter zu verstehen, wurden diese Einzelmerkmale analysiert. Die Ergebnisse zeigten, dass es signifikante Gruppenunterschiede bei neun Dimensionen gibt, nämlich „beruflicher Ehrgeiz“, „Verausgabungsbereitschaft“, „Perfektionsstreben“, „Distanzierungsfähigkeit“,

„Resignationstendenz bei Misserfolg“, „offensive Problembewältigung“, „innere Ruhe/Ausgeglichenheit“, „Lebenszufriedenheit“ und „Erleben sozialer Unterstützung“. Die gesunden berufstätigen Frauen hatten also höhere Werte für die folgenden Dimensionen „beruflicher Ehrgeiz“, „Distanzierungsfähigkeit“, „offensive Problembewältigung“, „innere Ruhe/Ausgeglichenheit“, „Lebenszufriedenheit“ und „Erleben sozialer Unterstützung“ als die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen, während die gesunden berufstätigen Frauen geringere Werte für die Dimensionen „Verausgabungsbereitschaft“, „Perfektionsstreben“ und „Resignationstendenz bei Misserfolg“ aufwiesen als die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen. Dabei sind die zwei Dimensionen „Lebenszufriedenheit und Distanzierungsfähigkeit“ eine entscheidende Dimension, um die beiden Gruppen (gesunde berufstätige Frauen vs. berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen) zu unterscheiden. Allerdings zeigte sich kein Gruppenunterschied bei den Dimensionen „subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit und Erfolgserleben im Beruf“. Schließlich lassen sich durch die Überprüfung der drei Subhypothesen H 2.1, H 2.2 und H 2.3 folgende Schlussfolgerungen für drei Befunde ziehen. Zum Ersten haben gesunde berufstätige Frauen geringere Belastungswerte im Beruf als berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen. Zum Zweiten leiden sowohl gesunde berufstätige Frauen als auch berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen unter einem Ungleichgewicht aus Verausgabung und Belohnung im Beruf. Schließlich haben berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen mehr gesundheitsgefährdende Verhalten- und Erlebensmuster A und B als gesunde berufstätige Frauen, während gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster G und S bei den gesunden berufstätigen Frauen mehr auftreten als bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen. Dabei spielen die zwei Dimensionen „Lebenszufriedenheit und Distanzierungsfähigkeit“ die größte Rolle, um die beiden Gruppen (gesunde berufstätige Frauen vs. berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen) zu unterscheiden.

Hypothese 3. Die dritte Hypothese besagt, dass der Gruppenunterschied (gesunde berufstätige Frauen vs. berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen) durch die erlebten Rollenqualitäten im Familienleben besser erklärbar ist als durch die erlebten Rollenqualitäten im Berufsleben. Dies konnte nicht bestätigt werden. Das Ergebnis zeigte, dass der Gruppenunterschied am besten durch das arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster (AVEM) erklärt wurde.

Zusammenfassende Beantwortung von Forschungsfrage 1: Die Risiko- und Schutzfaktoren für seelische Gesundheit bei berufstätigen Frauen

Die Ergebnisse hinsichtlich der ersten Forschungsfrage ergaben die Risiko- und Schutzfaktoren für seelische Gesundheit bei berufstätigen Frauen. Aus den Ergebnissen können die Variablen zu Schutz- und Risikofaktoren im Rahmen des familiären und beruflichen Umfelds in Abbildung 6.2 eingeordnet werden. Wie aus dieser Abbildung ersichtlich, können die Variable „Zufriedenheit mit Partnerschaft“ im familiären Umfeld und die Variable „arbeitsbezogene gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster (Muster G und S)“, die durch angemessenen beruflichen Ehrgeiz, hohe Distanzierungsfähigkeit, hohe offensive Problembewältigung, hohe innere Ruhe/Ausgeglichenheit, hohe Lebenszufriedenheit und hohes Erleben sozialer Unterstützung beschrieben werden können, im beruflichen Umfeld als Schutzfaktoren bezeichnet werden. Daneben sind die zwei Einzelmerkmale „Distanzierungsfähigkeit“ und „Lebenszufriedenheit“ bedeutend, um einen Zustand seelischer Gesundheit durch ein arbeitsbezogenes gesundheitsförderndes bzw. -gefährdendes Verhaltensmuster zu bestimmen.

Abb. 6.2: Zusammenfassung für die Schutz- und Risikofaktoren bei berufstätigen Frauen in Deutschland im Rahmen der ersten Forschungsfrage

Risikofaktor	Schutzfaktor
<u>Im familiären Umfeld:</u> - Belastende Rollenqualitäten in der Partnerschaft im Haushalt und in der Elternschaft <u>Im beruflichen Umfeld:</u> - Belastende Rollenqualität im Beruf - Gesundheitsgefährdende Verhaltens- & Erlebensmuster (Risikomuster A und B): - hohe Verausgabungsbereitschaft - hohes Perfektionsstreben - hohe Resignationstendenz bei Misserfolg - Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung (ERI)	<u>Im familiären Umfeld:</u> - Zufrieden stellende Rollenqualität in der Partnerschaft <u>Im beruflichen Umfeld:</u> - Gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster (Muster G und S): - angemessener beruflicher Ehrgeiz - große Distanzierungsfähigkeit - stark offensive Problembewältigung - große innere Ruhe/Ausgeglichenheit - hohe Lebenszufriedenheit - starkes Erleben sozialer Unterstützung

Gegensätzlich gelten die Variablen „belastende Rollenqualitäten in der Partnerschaft, im Haushalt und in der Elternschaft“ als Risikofaktoren im Rahmen des familiären Umfelds. Im Rahmen des beruflichen Umfelds sind die Variablen „belastende Rollenqualitäten im Beruf, arbeitsbezogene gesundheitsgefährdende Verhaltens- und Erlebensmuster (Risikomuster A

und B) sowie ein Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung Risikofaktoren. Arbeitsbezogene gesundheitsgefährdende Verhaltens- und Erlebensmuster zeigen sich in einer hohen Verausgabungsbereitschaft, einem starken Perfektionsstreben und in einer starken Resignationstendenz bei Misserfolg. Wie bereits beschrieben, wurde in der vorliegenden Studie kein signifikanter Gruppenunterschied (gesunde berufstätige Frauen vs. berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen) für das arbeitsbezogene Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung gefunden. Interessanterweise zeigten sowohl die gesunden berufstätigen Frauen als auch die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen ein Ungleichgewicht zwischen Belohnung und Verausgabung bezüglich des Berufs. Darüber hinaus lässt sich feststellen, dass berufstätige Frauen allgemein eine mangelnde Anerkennung am Arbeitsplatz wahrnehmen. Dieser Befund entspricht der Annahme von Person (1996), dass berufstätige Frauen im beruflichen Umfeld häufig benachteiligt werden und wenig Anerkennung erhalten. Nach Pirolt und Schauer (2005) steht damit ebenso in Einklang, dass Frauen Benachteiligung bzw. Diskriminierung erfahren, z.B. in Form von geringeren Aufstiegsmöglichkeiten oder eines erschwerten Zugangs zu Weiterbildungsangeboten. Dieser Befund belegt des Weiteren, dass Frauen im Vergleich zu Männern ein geringerer Entscheidungsspielraum zugestanden wird und dass sie weniger Belohnung bekommen (vgl. z.B. Siegrist et al., 2004 & Nelson & Burke, 2002). Aus diesen Gründen wird das Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung zu den Risikofaktoren einsortiert, auch wenn sich im Ergebnis kein Gruppenunterschied zeigte.

6.1.1.2 Zusammenhang zwischen erlebten Rollenqualitäten und seelischer Gesundheit bei berufstätigen Frauen

Die vierte und die sechste Hypothese dienten der Überprüfung der (zweiten) Fragestellung nach den Zusammenhängen zwischen den erlebten Rollenqualitäten sowohl im beruflichen als auch im familiären Umfeld und der seelischen Gesundheit.

Hypothese 4. Diese Hypothese konnte in Teilen bestätigt werden: Gesunde berufstätige Frauen haben geringere subjektive Beeinträchtigungswerte durch körperliche und psychische Symptome als berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen. Zudem wurde der Zusammenhang zwischen erlebten Rollenqualitäten und dem habituellen Wohlbefinden durch die Variablen „Verhaltenskontrolle“, „seelische Gesundheit“ und „Sinnerfülltheit vs.

Depressivität“ überprüft. Zunächst zeigten gesunde berufstätige Frauen höhere Werte für „seelische Gesundheit“ und „Sinnerfülltheit“, die als seelisch gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster bezeichnet werden, als berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen. Im Gegensatz zu diesen Ergebnissen gab es keinen Gruppenunterschied zwischen der klinischen Stichprobe und der Stichprobe Gesunder bei der „Verhaltenskontrolle“.

Hypothese 5. Entsprechend der fünften Hypothese wurde erwartet, dass die erlebten Rollenqualitäten sowohl im familiären als auch beruflichen Umfeld einen positiven Zusammenhang mit den arbeitsbezogenen gesundheitsförderlichen (Muster G und S) bzw. -gefährdenden Verhaltens- und Erlebensmustern (Risikomuster A und B) aufweisen. Die Hypothese konnte in Teilen bestätigt werden. Es wurde wie folgt bei den gesunden berufstätigen Frauen bewiesen: (a) Je zufriedener die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland mit dem Beruf sind, desto häufiger zeigten sie das arbeitsbezogene gesundheitsförderliche Muster G, das als Engagement, Widerstandskraft und Wohlbefinden bezeichnet werden kann; (b) Je geringer die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland die Belastung im Beruf empfanden, desto häufiger zeigten sie das arbeitsbezogene gesundheitsfördernde Muster S (sog. Schonung); (c) Je weniger zufrieden die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland mit dem Beruf waren und je mehr Belastung sie im Haushalt empfanden, desto häufiger zeigten sie das arbeitsbezogene gesundheitsgefährdende Risikomuster B (sog. Burnout-Syndrom; Überforderung und Resignation). Des Weiteren zeigten die Ergebnisse bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen Folgendes: (a) Je zufriedener die seelisch erkrankten berufstätigen Frauen waren und je geringer für sie die subjektive Belastung war, desto häufiger zeigten sie das arbeitsbezogene gesundheitsfördernde Muster S (sog. Schonung). (b) Je belastender sich die Situation für berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen darstellte, desto häufiger hatten sie das arbeitsbezogene gesundheitsgefährdende Muster B (sog. Burnout-Syndrom; Überforderung und Resignation). Zudem wurde mit Hilfe der ANOVA bestätigt, dass die zufrieden stellende Rollenqualität im Beruf auf die gesundheitsförderlichen bzw. -gefährdenden Verhaltens- und Erlebensmuster bezüglich der Berufstätigkeit sowohl bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen als auch bei den gesunden berufstätigen Frauen zurückzuführen ist. Schließlich beeinflusst die Belastung im Beruf die arbeitsbezogenen gesundheitsfördernden bzw. -gefährdenden Verhaltens- und Erlebensmuster nur bei den berufstätigen Frauen mit seelischen

Erkrankungen. Das Ausmaß des Effekts kann durch die Variable „Belastung im Beruf“ am besten erklärt werden.

Hypothese 6. Die sechste Hypothese prüft, ob die erlebten Rollenqualitäten der hohen Zufriedenheitswerte und geringen Belastungswerte sowohl im familiären als auch beruflichen Umfeld einen positiven Zusammenhang haben mit den stärker gesundheitsfördernden bzw. geringer gesundheitsgefährdenden Verhaltens- und Erlebensmustern (gemessen mit TPF) sowie mit den geringeren subjektiven Beeinträchtigungswerten durch körperliche und psychische Symptome (gemessen mit SCL-K-9/BSI). Diese Hypothese konnte in Teilen bestätigt werden. Zum Ersten legten die Ergebnisse bei den gesunden berufstätigen Frauen dar, dass erlebte Rollenqualitäten der Zufriedenheit und der Belastung im Beruf sowie der Belastung im Haushalt mit der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung durch psychische und körperliche Symptome verbunden sind. Bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen korrelierten subjektive Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Symptome nur mit der Belastung im Beruf. Das heißt, dass je belastender die seelisch erkrankten berufstätigen Frauen ihre Situation im Beruf empfanden, desto höher lag ihr subjektives Beeinträchtigungsniveau durch körperliche und psychische Symptome. Des Weiteren korrelierte seelische Gesundheit aus TPF signifikant mit zufrieden stellenden und belastenden Rollenqualitäten im Beruf bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen. Schließlich ist die Variable „Sinnerfülltheit vs. Depressivität“ in Zusammenhang mit zufrieden stellenden und belastenden Rollenqualitäten im Beruf und den belastenden Rollenqualitäten im Haushalt bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen verbunden.

Zusammenfassende Beantwortung von Forschungsfrage 2: Zusammenhang zwischen erlebten Rollenqualitäten und seelischer Gesundheit bei berufstätigen Frauen

Im Rahmen der zweiten Forschungsfrage wurde erforscht, wie seelische Gesundheit bei berufstätigen Frauen mit den Rollenqualitäten zusammenhängt. Um die seelische Gesundheit zu operationalisieren, wurden zwei Fragebögen verwendet, und zwar SCL-K-9/BSI und TPF. Sowohl der Fragebogen SCL-K-9 (Klaghofer & Brähler, 2001) als auch BSI (Franke, 2000) sind eine kurze Version von SCL-90-R (Franke, 1995). Wie bereits erwähnt, wurde subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome bei der klinischen Stichprobe mit Hilfe des SCL-K-9 und bei der gesunden Stichprobe in Deutschland und Südkorea mit Hilfe des BSI im Rahmen der vorliegenden Studie verwendet.

Da sich BSI genau so gut wie SCL-R-90 zur Messung körperlicher und psychischer Symptome eignet und besser als SCL-K-9 ist, wurde der BSI in der vorliegenden Studie eingesetzt, auch wenn SCL-K-9 bei der klinischen Stichprobe eingesetzt wurde (vgl. Abschnitt 4.3.5; S.72). Aus den Ergebnissen kann festgehalten werden, dass gesunde berufstätige Frauen weniger Beeinträchtigungen durch psychische und körperliche Symptome empfinden als berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen. Bei den gesunden berufstätigen Frauen hängen diese Beeinträchtigungswerte mit der Zufriedenheit und Belastung im Beruf sowie mit der Belastung im Haushalt, sowie bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen mit der Belastung im Beruf zusammen.

Mit Hilfe des Trierer Persönlichkeitsfragebogens (TPF; Becker, 1989) wurde in der vorliegenden Studie habituelles Wohlbefinden gemessen. Laut Becker (1995) wird Wohlbefinden bzw. Lebensqualität in habituelles und aktuelles Wohlbefinden unterschieden. Durch die drei Variablen „Verhaltenskontrolle, seelische Gesundheit und Sinnerfülltheit vs. Depressivität“ aus TPF können die gesundheitsfördernden bzw. -gefährdenden Verhaltens- und Erlebensmuster bezüglich der Persönlichkeit (habituelles Wohlbefinden) gemessen werden. Es gab signifikante Gruppenunterschiede (gesunde berufstätige Frauen vs. berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen) für die Persönlichkeitsvariable „seelische Gesundheit und Sinnerfülltheit vs. Depressivität“. Wie die Ergebnisse der sechsten Hypothese zeigt, hängt die Persönlichkeitsvariable „seelische Gesundheit“ mit der zufrieden stellenden und belastenden Rollenqualitäten im Beruf bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen zusammen. Nach Becker (1989) wird seelische Gesundheit in dem Kontinuumsmodell als die Fähigkeit zur Bewältigung von internen und externen Anforderungen bezeichnet. Das heißt, dass eine seelisch gesunde Person als selbstbewusst, durchsetzungsfähig, autonom und ausgeglichen charakterisiert werden kann, während eine seelisch wenig gesunde Person als selbstunsicher, depressiv, willensschwach, abhängig usw. beschrieben werden kann. Darüber hinaus kann bestätigt werden, dass die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen eher als selbstunsicher, depressiv, willensschwach, abhängig charakterisiert sind und dass die Persönlichkeitsvariable „seelische Gesundheit“ mit den zufrieden stellenden und belastenden Rollenqualitäten im Beruf korreliert. In der weiteren Folge wurde durch die Ergebnisse der vierten Hypothese bestätigt, dass die gesunden berufstätigen Frauen geringere Werte für „Depressivität“ bzw. höhere Werte für „Sinnerfülltheit“ haben als die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen. Die Persönlichkeitsvariable „Sinnerfülltheit“ kann für Lebenszufriedenheit, Lebenssinnvollheit und Selbstsicherheit stehen, während die Variable „Depressivität“ mit

Lebenssinnlosigkeit, Selbstunsicherheit und Einsamkeitsgefühlen einhergeht (Vgl. Tab. 4.4; S. 71). Die Persönlichkeitsvariable „Sinnerfülltheit vs. Depressivität“ zur seelischen Gesundheit korreliert mit den zufrieden stellenden und belastenden Rollenqualitäten im Beruf sowie mit der belastenden Rollenqualität im Haushalt bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen.

Die Ergebnisse zu drei Hypothesen werden im Folgenden interpretiert. Wie bereits erwähnt, wurde in der vorliegenden Studie angenommen, dass ein seelischer Gesundheitszustand von den erlebten Rollenqualitäten sowohl im beruflichen als auch im familiären Umfeld bei berufstätigen Frauen abhängig ist. Mit anderen Worten wird es dadurch für eine Position des seelischen Gesundheitszustands bzw. für die gesamte Lebensqualität bestimmend, welche bzw. wie viele Risiko- und Schutzfaktoren die berufstätigen Frauen im beruflichen und im familiären Lebensumfeld haben. Nach Homfeldt und Steigleder (2003) stellt die Mehrfachbelastung, Hausfrau, Mutter und Berufstätige zu sein, einen erhöhten Stressfaktor dar und beeinflusst die Gesundheit der Frau negativ.

Abb. 6.3: Überblick für die Ergebnisse der vierten, fünften und sechsten Hypothese in Bezug auf die zweite Forschungsfrage

<u>Seelischer Gesundheitszustand:</u>				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> gering → hoch </div>			
	Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen		Gesunde berufstätige Frauen	
	Risikofaktoren	Schutzfaktoren	Risikofaktoren	Schutzfaktoren
Subjektive Beeinträchtigung	Belastung im Beruf	/	Belastung in Beruf und Haushalt	Zufriedenheit mit Beruf
Seelische Gesundheit	- Belastung im Beruf	- Zufriedenheit mit Beruf		
Sinnerfülltheit vs. Depressivität	- Belastung in Beruf und Haushalt	Zufriedenheit mit Beruf		

In Abbildung 6.3 sind die Ergebnisse für die Zusammenhänge zwischen seelischer Gesundheit und erlebten Rollenqualitäten dargestellt. Aus diesen Ergebnissen gibt es zwei interessante Gegebenheiten: Zum Ersten werden die Zusammenhänge mit den belastenden und zufrieden stellenden Rollenqualitäten im Beruf häufig mit seelischer Gesundheit bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen beobachtet. Zum Zweiten zeigen sich belastende Rollenqualitäten häufiger in Verbindung mit seelischer Gesundheit als zufrieden

stellende Rollenqualitäten. An dieser Stelle interessiert besonders, wie die erlebten Rollenqualitäten mit den arbeitsbezogenen gesundheitsfördernden bzw. -gefährdenden Verhaltens- und Erlebensmuster zusammenhängen. Darüber hinaus lässt sich der Schluss ziehen, dass die zufrieden stellenden Rollenqualitäten im Beruf einen Einfluss auf arbeitsbezogene gesundheitsfördernde bzw. -gefährdende Verhaltens- und Erlebensmuster haben und die belastenden Rollenqualitäten im Beruf das arbeitsbezogene Verhaltensmuster nur bei den berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen beeinflussen.

Des Weiteren können diese Ergebnisse der ersten und zweiten Forschungsfrage mit den theoretischen Modellen von Work-Life-Balance dahingehend interpretiert werden, dass berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen mehr Risikofaktoren und weniger Schutzfaktoren haben als gesunde berufstätige Frauen. Als ein Modell von Work-Life-Balance besagt das Ressource-Drain-Modell, dass die Ressourcen wie Zeit und Kraft in einem Lebensbereich fehlen, wenn sie in einem anderen Lebensbereich schon verwendet wurden (Edwards & Rothbard, 2000). Nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie verwendeten die gesunden berufstätigen Frauen weniger Zeit am Tag für den Haushalt als berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen. Dadurch kann erklärt werden, dass gesunde berufstätige Frauen mehr Energie und Zeit für einen anderen Lebensbereich investieren als berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen. Zudem weisen die berufstätigen Frauen belastendere Rollenqualitäten für Haushalt, Partnerschaft, Elternschaft und Beruf auf als gesunde berufstätige Frauen. Nach Sickendiek und Nestmann (2001) sind damit zum einen gesundheitliche Risiken verbunden, die sich weniger in akuten körperlichen Störungen als vielmehr in chronischen Erschöpfungszuständen und diffusen psychosomatischen Krankheitsbildern zeigen. Darüber hinaus könnte so erklärt werden, dass die berufstätigen Frauen mit seelischen Erkrankungen mehr belastende Rollenqualitäten im Berufs- und Familienleben aufgrund von zeit- und belastungsbasierten Erschöpfungszuständen erleben als die gesunden berufstätigen Frauen.

6.1.1.3 Kulturelle Unterschiede für erlebte Rollenqualitäten bei gesunden berufstätigen Frauen

Bei der folgenden Forschungsfrage wurden die Risiko- und Schutzfaktoren sowie ihr Zusammenhang mit seelischer Gesundheit im Rahmen eines multikulturellen Kontexts

überprüft. Die Kultur bietet Erklärungen und Richtlinien für das individuelle Verhalten, z.B. das gesundheitsbezogene Verhalten, welches auch kollektiv und gesellschaftlich konstituiert ist (Moss, 2002). In der vorliegenden Studie wurde zunächst angenommen, dass Frauen aus einer asiatischen, kollektivistischen und konfuzianischen Kultur häufiger ungünstige soziale Rahmenbedingungen im familiären und beruflichen Umfeld vorfinden als Frauen aus einer europäischen Kultur, da für Frauen besonders in Südkorea sehr viele Aufgaben als Ehefrau, Mutter und Stieftochter von der Gesellschaft als obligatorisch gezwungen definiert sind (vgl. Abschnitt 2.2.4, S. 30). Im Rahmen der dritten Forschungsfrage wurden belastende und zufrieden stellende Rollenqualitäten sowohl im familiären als auch im beruflichen Umfeld bei den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland und Südkorea gegenübergestellt. Wie bereits in Tabelle 3.1 (S. 48) beschrieben, entspricht die erste Hypothese inhaltlich der siebten Hypothese, die zweite Hypothese der achten und neunten Hypothese, die dritte Hypothese entspricht der zehnten Hypothese. Ebenso ist die vierte Hypothese inhaltlich ähnlich wie die 11. Hypothese, die fünfte wie die 12. Hypothese und die sechste Hypothese wie die 13. Hypothese.

Hypothese 7. Die siebte Hypothese drückt die Vermutung aus, dass gesunde berufstätige Frauen in Deutschland höhere Zufriedenheitswerte und geringere Belastungswerte in der Elternschaft, im Haushalt und in der Partnerschaft haben als gesunde berufstätige Frauen in Südkorea. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Es gab zwar einen Gruppenunterschied (gesunde berufstätigen Frauen in Südkorea vs. in Deutschland) bei der Zufriedenheit mit dem Haushalt, aber das Ergebnis fiel in einer gegenläufigen Richtung zur Hypothese aus; die gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea fühlten sich zufriedener mit dem Haushalt als die in Deutschland. Das Ergebnis ist ein sehr interessanter Befund, worauf weiter unten noch einmal einzugehen sein wird.

Hypothese 8. Im beruflichen Umfeld wurden die gesunden berufstätigen Frauen aus Deutschland und Südkorea bezüglich der achten Hypothese verglichen. Die achte Hypothese lautete, dass gesunde berufstätige Frauen in Deutschland höhere Zufriedenheitswerte und geringere Belastungswerte sowie ein geringeres Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung im beruflichen Umfeld haben als gesunde berufstätige Frauen in Südkorea. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Es gab ebenso keinen signifikanten Gruppenunterschied (gesunde berufstätige Frauen in Deutschland und Südkorea) für erlebte Rollenqualitäten der Zufriedenheit und Belastung

bezüglich des Berufs. Ein weiteres Ergebnis zeigte zwar einen signifikanten Gruppenunterschied bei dem Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung in Bezug auf Beruf, es gab aber eine gegenläufige Richtung. Das heißt, dass gesunde berufstätige Frauen in Südkorea ein geringeres Ungleichgewicht aus Verausgabung und Belohnung im Beruf empfanden als in Deutschland. Wie bereits in Abschnitt 4.3.2 erwähnt, weist dies auf günstige Arbeitsbedingungen (relativ niedrige Verausgabung und relativ hohe Belohnung) hin, wenn ein Ungleichgewichtswert (sog. „Effort-Reward-Imbalance (ERI)-Wert“) in der Nähe von Null liegt. Als kritischer Wert wird ein Wert über eins von Siegrist (2002) vorgeschlagen. Im Ergebnis zeigte sich ein Ungleichgewichtswert zwischen Verausgabung und Belohnung in Südkorea von 0.98 und in Deutschland von 1.27. Darüber hinaus nahmen berufstätige Frauen in Deutschland mehr Ungleichgewicht aus Verausgabung und Belohnung wahr als in Südkorea. Dieser Befund ist überraschend und wird weiter unten noch einmal beleuchtet.

Hypothese 9. Die neunte Hypothese, dass berufstätige Frauen in Deutschland mehr seelisch gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster (Muster G und S) im beruflichen Umfeld zeigen als berufstätige Frauen in Südkorea, wurde signifikant bestätigt. Bei berufstätigen Frauen in Südkorea wurden also das arbeitsbezogene gesundheitsgefährdende Risikomuster A (sog. Hohe Anstrengung, Selbstüberforderung) und B (sog. Burnout-Syndrom; Überforderung und Resignation) etwa doppelt so hoch gezeigt wie bei berufstätigen Frauen in Deutschland. Durch die Konfigurationsanalyse wurde auch bestätigt, dass gesunde berufstätige Frauen in Südkorea das arbeitsbezogene Risikomuster B am häufigsten zeigen. Die gesundheitsfördernden Verhaltens- und Erlebensmuster G (sog. Gesundheit) und S (sog. Schonung; Distanzierungsfähigkeit) für Engagement, Widerstandskraft und Wohlbefinden kommen bei berufstätigen Frauen in Deutschland etwa zweimal häufiger vor als in Südkorea. Zudem zeigten die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland das arbeitsbezogene gesundheitsförderliche Muster S am häufigsten. Nach der Betrachtung der einzelnen Dimensionen gab es signifikante Gruppenunterschiede zwischen Deutschland und Südkorea bei folgenden Punkten: „Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit“, „beruflicher Ehrgeiz“, „offensive Problembewältigung“, „innere Ruhe/Ausgeglichenheit“, „Erfolgs erleben im Beruf“, „Lebenszufriedenheit“ und „Erleben sozialer Unterstützung“. Das heißt, dass die Werte der Variablen „subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit“ und „beruflicher Ehrgeiz“ bei den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea höher sind als bei den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland, während die berufstätigen Frauen in

Deutschland höhere Werte für die Variablen „offensive Problembewältigung“, „innere Ruhe/Ausgeglichenheit“, „Erfolgsereben im Beruf“, „Lebenszufriedenheit“ und „Erleben sozialer Unterstützung“ aufweisen als die berufstätigen Frauen in Südkorea. Die Variable „Erfolgsereben im Beruf“ spielte die wichtigste Rolle hinsichtlich des Unterschieds zwischen beiden Gruppen (gesunde berufstätige Frauen in Deutschland vs. gesunde berufstätige Frauen in Südkorea).

Hypothese 10. Die zehnte Hypothese besagte, dass der Gruppenunterschied (gesunde berufstätige Frauen in Südkorea vs. in Deutschland) durch die erlebten Rollenqualitäten im familiären Umfeld besser erklärbar ist als durch die erlebten Rollenqualitäten im beruflichen Umfeld. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Durch ein Ungleichgewicht aus Verausgabung und Belohnung (ERI) und ein „arbeitsbezogenes gesundheitsgefährdendes bzw. -förderndes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)“ konnte der kulturelle Unterschied im Rahmen des beruflichen Umfelds am besten erklärt werden, wobei das arbeitsbezogene gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster S (sog. Schonung) die größte diskriminatorische Bedeutung besitzt.

Hypothese 11. Die elfte Hypothese bezog sich auf die kulturellen Unterschiede zur seelischen Gesundheit in Südkorea und Deutschland. Die seelische Gesundheit wurde durch seelisch gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster (TPF) sowie durch subjektive Beeinträchtigung (BSI) gemessen. Es wurde erwartet, dass berufstätige Frauen in Deutschland mehr seelisch gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster für „Verhaltenskontrolle, seelische Gesundheit und Sinnerfülltheit vs. Depressivität“, sowie geringere subjektive Beeinträchtigungswerte durch körperliche und psychische Symptome (BSI) haben als gesunde berufstätige Frauen in Südkorea. Die Hypothese 11 konnte teilweise bestätigt werden. Berufstätige Frauen in Südkorea haben deutlich höhere Ausprägungen des subjektiven Beeinträchtigungsniveaus durch körperliche und psychische Symptome als berufstätige Frauen in Deutschland. Des Weiteren gab es bei der Persönlichkeitsvariablen „seelische Gesundheit“ aus TPF einen signifikanten Gruppenunterschied: Die Werte für seelische Gesundheit sind bei den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland höher als bei den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea. Wie bereits erwähnt, kann eine hoch seelisch gesunde Person als durchsetzungsfähig, selbstsicher, willensstark, aktiv, sorglos und optimistisch beschrieben werden. Das Ergebnis zeigte, dass die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland z.B.

höhere Lebenszufriedenheit, Selbstsicherheit, geringeres Minderwertigkeitsgefühl, höhere Durchsetzungsfähigkeit und höhere emotionale Widerstandskraft empfinden als berufstätige Frauen in Südkorea. Ansonsten gab es keine Gruppenunterschiede bei der Persönlichkeitsvariablen des TPF „Verhaltenskontrolle“ und „Sinnerfülltheit vs. Depressivität“.

Hypothese 12. Im Rahmen der zwölften Hypothese wurde erwartet, dass sowohl in Südkorea als auch in Deutschland die erlebten familiären und beruflichen Rollenqualitäten mit den arbeitsbezogenen Gesundheitsverhaltens- und Erlebensmustern (Muster G und S sowie Risikomuster A und B) in einem positiven Zusammenhang stehen. Diese Hypothese konnte in Teilen bestätigt werden: Das arbeitsbezogene gesundheitsfördernde Muster G (sog. Gesundheit: Engagement, Widerstandskraft, Wohlbefinden) korrelierte mit der zufrieden stellenden Rollenqualität im Beruf bei den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland, und mit der Belastung im Beruf bei den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea. Das arbeitsbezogene gesundheitsfördernde Muster S (sog. Schonung) zeigte einen Zusammenhang mit der Belastung im Beruf nur bei den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland. Bei den gesundheitsgefährdenden Risikomustern A und B zeigten sich die folgenden Ergebnisse: Das Risikomuster A (sog. Hohe Anstrengung, Selbstüberforderung) hängt mit der zufrieden stellenden Rollenqualität im Beruf bei den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea zusammen. Das Risikomuster B (sog. Burnout-Syndrom: Überforderung und Resignation) hat einen Zusammenhang mit der zufrieden stellenden Rollenqualität im Beruf und mit der Belastung im Haushalt bei den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland und mit der Belastung im Beruf bei den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea. Die Ergebnisse sind in Tabelle 6.1 dargestellt. Es zeigt sich, dass die Rollenqualitäten der Zufriedenheit und Belastung im Beruf sowie der Belastung im Haushalt am meisten mit den berufsbezogenen Gesundheitsverhaltensmustern zusammenhängen.

Durch die Ergebnisse, die mittels der einfaktoriellen Varianzanalyse überprüft wurden, konnte des Weiteren der Befund beobachtet werden, dass die erlebten Rollenqualitäten der Zufriedenheit und Belastung im Beruf sowie ein Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung im Beruf einen Einfluss auf arbeitsbezogene gesundheitsfördernde bzw. -gefährdende Verhaltensmuster bei den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea haben. Bei den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland zeigt das Ergebnis, dass die Zufriedenheit mit dem Beruf das arbeitsbezogene gesundheitsfördernde bzw. -gefährdende Verhaltensmuster beeinflusst.

Tab. 6.1: Überblick für die Zusammenhänge zwischen erlebten Rollenqualitäten und berufsbezogenen Gesundheitsverhaltensmustern

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Muster G	D	+								
	S		-							
Muster S	D		-							
	S									
Risikomuster A	D									
	S	+								
Risikomuster B	D	-					+			
	S	-	+							

Anmerkungen. Das Zeichen „+“ zeigt einen positiven Zusammenhang und das Zeichen „-“ einen negativen Zusammenhang. 1=Zufriedenheit mit dem Beruf, 2=Belastung im Beruf, 3=Zufriedenheit mit der Partnerschaft, 4=Belastung in der Partnerschaft, 5=Zufriedenheit mit dem Haushalt, 6=Belastung im Haushalt, 7=Zufriedenheit mit der Elternschaft, 8=Belastung in der Elternschaft und 9= ERI. AVE: Das Muster G ist ein Ausdruck von **G**esundheit und das Muster S von **S**chonung. Das Risikomuster A ist eine Abkürzung für hohe **A**nstrengung und das Risikomuster B für **B**urnout-Syndrom. D=Deutschland und S=Südkorea.

Hypothese 13. In Hypothese 13 wurde erwartet, dass in beiden Ländern, Deutschland und Südkorea, die erlebten Rollenqualitäten der hohen Zufriedenheitswerte und geringeren Belastungswerte sowohl im familiären als auch im beruflichen Umfeld einen positiven Zusammenhang mit stärker gesundheitsfördernden bzw. geringer gesundheitsgefährdenden Verhaltens- und Erlebensmustern (TPF) sowie mit den geringeren subjektiven Beeinträchtigungswerten durch körperliche und psychische Symptome (BSI) aufweisen. Diese Hypothese konnte teilweise bestätigt werden. Die Ergebnisse zeigten bei den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland, dass subjektive Beeinträchtigungen durch psychische und körperliche Symptome mit den erlebten zufrieden stellenden und belastenden Rollenqualitäten im Beruf sowie mit der Belastung im Haushalt korreliert. Bei den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea hatten subjektive Beeinträchtigungen durch psychische und körperliche Symptome einen Zusammenhang mit den erlebten zufrieden stellenden und belastenden Rollenqualitäten im Beruf und mit der Belastung in Partnerschaft und Elternschaft. Zudem zeigte die Persönlichkeitsvariable „seelische Gesundheit“ des TPF einen Zusammenhang mit der zufrieden stellenden Rollenqualität im Beruf bei den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea. Diese Ergebnisse sind in Tabelle 6.2 zusammengefasst. Wie in der folgenden Tabelle veranschaulicht, hängt die

operationalisierte seelische Gesundheit am meisten mit den erlebten Rollenqualitäten der Zufriedenheit und Belastung im Beruf bei den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland und Südkorea zusammen.

Tab. 6.2: Überblick für Zusammenhang zwischen seelischer Gesundheit und erlebter Rollenqualität für drei verschiedene Gruppen

	Berufstätige Frauen mit seelischen Erkrankungen in Deutschland		Gesunde berufstätige Frauen in Südkorea		Gesunde berufstätige Frauen in Deutschland	
	Risikofaktoren	Schutz-faktoren	Risiko-faktoren	Schutz-faktoren	Risiko-faktoren	Schutz-faktoren
1	Belastung im Beruf	/	Belastung in Beruf, Partnerschaft und Elternschaft	Zufriedenheit mit Beruf	Belastung in Beruf und Haushalt	Zufriedenheit mit Beruf
2	/	/	/	/	/	/
3	Belastung im Beruf	Zufriedenheit mit Beruf	/	Zufriedenheit mit Beruf	/	/
4	Belastung im Beruf und Haushalt	Zufriedenheit mit Beruf	/	/	/	/

Anmerkungen. 1=Subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome, 2=Verhaltenskontrolle, 3=seelische Gesundheit und 4= Sinnerfülltheit vs. Depressivität

Zusammenfassende Beantwortung von Forschungsfrage 3: Kulturelle Unterschiede für erlebte Rollenqualitäten bei gesunden berufstätigen Frauen

Durch die Beantwortung der ersten Fragestellung können Risiko- und Schutzfaktoren bei den deutschen berufstätigen Frauen im beruflichen und familiären Umfeld nach einem individuellen Kontext identifiziert werden (vgl. Abb. 6.2; S. 125). Ein Zusammenhang zwischen diesen Faktoren und seelischer Gesundheit für das aktuelle und habituelle Wohlbefinden wird im Rahmen der zweiten Fragestellung analysiert. In der dritten Forschungsfrage wurde erforscht, welche kulturellen Unterschiede es in der Wahrnehmung und Bewertung von familiären und beruflichen Rollenqualitäten und im Zusammenhang zwischen erlebten Rollenqualitäten und seelischer Gesundheit bei gesunden berufstätigen Frauen gibt. In der folgenden Tabelle 6.3 werden die Ergebnisse der Erwartung im Rahmen der dritten Forschungsfrage gegenübergestellt.

Tab. 6.3: Übersicht für die dritte und vierte Forschungsfrage in Bezug auf die kulturellen Unterschiede

Variablen für erlebte Rollenqualitäten		Erwartete Ergebnisse		Ergebnisse	
		Deutschland	Südkorea	Deutschland	Südkorea
Familie	Zufrieden stellende Rollenqualitäten in Partnerschaft und Elternschaft	↑	↓	=	
	Zufrieden stellende Rollenqualität im Haushalt	↑	↓	↓	↑
	Belastende Rollenqualität in Partnerschaft, Haushalt und Elternschaft	↓	↑	=	
Beruf	Zufrieden stellende Rollenqualität	↑	↓	=	
	Belastende Rollenqualität	↓	↑	=	
	Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung	↓	↑	↑	↓
	Arbeitsbezogene gesundheitsgefährdende Verhaltens- und Erlebensmuster (Risikomuster A und B)	↓	↑	↓	↑
	Arbeitsbezogene gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster (Muster G und S)	↑	↓	↑	↓
Gesellschaft	Einstellung gegenüber Psychotherapie und Akzeptanz der Gesellschaft	↑	↓	↑	↓

Anmerkungen. ↑: mehr, ↓: weniger und =: kein signifikanter Unterschied. Die farbigen Bereiche markieren die von den Erwartungen abgewichenen Ergebnisse.

Wie bereits in Abschnitt 2.2.4 (S. 30) erwähnt, werden Frauen in Südkorea, wo die Gesellschaft kollektivistisch und konfuzianisch geprägt ist, von der Gesellschaft oftmals tendenziell abgewertet und missachtet. In dieser Studie wurde für berufstätige Frauen in Südkorea angenommen, dass sie sich (für europäische Maßstäbe) übermäßig für Haushalt, Kindererziehung usw. verpflichten und dadurch belastet fühlen. Aus diesem Grund wurde hier zunächst vermutet, dass die berufstätigen Frauen in Südkorea in ihrer Doppelrolle als Hausfrauen, Mütter und Berufstätige besonders unzufrieden bzw. belastet sind im Vergleich mit berufstätigen Frauen in Deutschland. Wie vermutet, wurde aus dem Ergebnis der neunten Hypothese nachgewiesen, dass die gesunden berufstätige Frauen in Südkorea ein gesundheitsgefährdendes Verhaltensmuster, besonders Risikomuster B (sog. Burnout-Syndrom) zeigten, während ein gesundheitsförderndes Verhaltensmuster, besonders Muster S (sog. Schonung) am häufigsten bei den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland auftrat. Diese Musterzuordnung (Muster G und S sowie Risikomuster A und B) kann durch die erlebten Rollenqualitäten der Belastung und der Zufriedenheit im Beruf sowie Belastung im Haushalt erklärt werden. In den Ergebnissen der elften Hypothese haben gesunde berufstätige Frauen in Südkorea deutlich höhere Ausprägungen des subjektiven Beeinträchtigungsniveaus (aktuelles Wohlbefinden) durch körperliche und psychische Symptome als gesunde berufstätige Frauen in Deutschland. Bei der Variablen seelische Gesundheit für habituelles Wohlbefinden zeigten koreanische berufstätige Frauen geringere Werte für seelische Gesundheit als deutsche berufstätige Frauen. Es gab keine kulturellen Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Partnerschaft, der Elternschaft und dem Beruf oder bei Belastung in der Partnerschaft, im Haushalt, in der Elternschaft und im Beruf. Es stellten sich jedoch zwei interessante Ergebnisse heraus: (a) dass die gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea zufriedenstellendere Rollenqualitäten im Haushalt hatten als die in Deutschland, und (b) dass die gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea ein weniger arbeitsbezogenes Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung empfanden als in Deutschland. Diese Ergebnisse erscheinen widersprüchlich zu den folgenden Ergebnissen der neunten und elften Hypothese.

Wie sind sich solche von der Vermutung abweichende Ergebnisse zu erklären? Nach Tuna und Salman (1999) sind die eigenen psychischen Bereiche für Menschen aus kollektivistischen Kulturen allgemein nicht wahrnehmbar, da von ihnen erwartet wird, dass sie ihre eigenen individuellen Vorstellungen zurückstellen, so dass die Reflexion der eigenen seelischen Entwicklung und der psychischen Befindlichkeit ungewohnt und fremd ist (Calliess, Machleidt & Ziegenbein, 2007). Das Ergebnis bezüglich des Ungleichgewichts

zwischen Verausgabung und Belohnung ließe sich mit Lee, Colditz, Berkman und Kawachi (2002) dahingehend erklären, dass Frauen in der asiatischen Kultur einer geringeren Arbeitsbelastung ausgesetzt sind, weil die Gesellschaft von ihnen erwartet, mehr familienrelevante Obligationen als Männer anzunehmen. Aus diesem Grund könnten die südkoreanischen berufstätigen Frauen im Beruf ein relatives Gleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung wahrnehmen. Wie bereits in Abschnitt 2.2.1 (S. 9) erwähnt, ist der Kohärenzsinn ein entscheidender Hauptfaktor für eine Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum und entspricht einer globalen Orientierung, um die Welt und ein individuelles Umfeld als verständlich, überschaubar und aussagekräftig zu sehen (Eriksson & Lindström, 2005). Handhabbarkeit ist ein Unterfaktor, der ähnlich wie der Begriff der Selbstwirksamkeit von Bandura (1977) verstanden werden kann. Die Berufstätigkeit in einem Krankenhaus, etwa in der Personalabteilung, als Krankenschwester oder Ärztin, stellt in Südkorea eine von der Gesellschaft anerkannte, qualifizierte und sichere Arbeit dar. Aus diesem Grund könnte vermutet werden, dass die berufstätigen Frauen, die in besonders qualifizierten Bereichen arbeiten, wie z.B. das Krankenhaus einen darstellt, in Südkorea eine besonders hohe Selbstwirksamkeit im Rahmen der vorliegenden Studie zeigen im Vergleich mit berufstätigen Frauen, die weniger gut ausgebildet sind. Ein Ergebnis der neunten Hypothese zeigte, dass die Variable „Erfolgserleben im Beruf“ bei der Unterscheidung der beiden Gruppen eine besondere Rolle spielte (gesunde berufstätige Frauen in Deutschland vs. gesunde berufstätige Frauen in Südkorea). Das Erfolgserleben bzw. die Selbstwirksamkeit scheint in Bezug auf die koreanischen berufstätigen Frauen eine wichtige Variable zu sein. Nach einer Untersuchung von Haltung und Hahlweg (2011) kann bei berufstätigen Frauen aus den multiplen Rollen eine positive Wirkung aufgrund der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit festgestellt werden. Es scheint, dass der Aspekt der Selbstwirksamkeit in der traditionellen, konfuzianistischen Kultur Südkoreas eine besonders positive Wirkung bei den berufstätigen Frauen hat.

Es stellt sich auch die Frage, ob sich diese Befunde mit den Bewältigungsressourcen erklären lassen. Dies würde beinhalten, dass gesunde berufstätige Frauen in Südkorea eine größere Zufriedenheit in bestimmten Situationen empfinden als es in Deutschland der Fall ist, weil die Frauen in Südkorea auf mehr Bewältigungsressourcen, beispielsweise in Form einer stärkeren emotionalen Unterstützung vonseiten der Familie, zurückgreifen können. Die Frage, ob gesunde berufstätige Frauen in Südkorea tatsächlich mehr Bewältigungsressourcen nutzen als gesunde berufstätige Frauen in Deutschland, beispielsweise im Kontext eines stärkeren Zusammenhalts der Familien, um seelische

Gesundheit trotz der in der Studie festgestellten Risikofaktoren beizubehalten, bleibt aber offen.

Außerdem korrelierten bei den gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland das subjektive beeinträchtigte Niveau durch psychische und körperliche Symptome und die belastende Rollenqualität im Haushalt: Je belastender die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland ihre diesbezügliche Situation empfinden, desto mehr zeigen sich bei ihnen psychische und körperliche Symptome dieses beeinträchtigten Niveaus. Bei den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea korrelierte das subjektive Beeinträchtigungsniveau mit der Belastung in Partnerschaft und Elternschaft. Das heißt, dass das subjektive Beeinträchtigungsniveau mit körperlichen und psychischen Symptome in einem direkten Verhältnis mit den belastenden Rollenqualitäten in Partnerschaft und Elternschaft steht. Die Skala „seelische Gesundheit“ für gesundheitsbezogene Persönlichkeitsvariablen befindet ebenso im Zusammenhang mit der zufrieden stellenden Rollenqualität im Beruf bei den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea: Je zufriedener sich die berufstätigen Frauen mit dem Beruf in Südkorea fühlen, desto selbstsicherer, aktiver, zufriedener im Leben und optimistischer nehmen sie sich wahr. Nach Becker (1989) erweisen sich die Persönlichkeitsvariablen „seelische Gesundheit“ und „Verhaltenskontrolle“ als prognostische Variablen im Zusammenhang mit dem Verhalten von Menschen in einer Leistungssituation als ein einschneidender Faktor.

6.1.1.4 Kulturelle Unterschiede für Einstellung gegenüber der psychotherapeutischen Hilfe

Bei der vierten Forschungsfrage handelt es sich darum, ob die Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe in der koreanischen Bevölkerung deutlich negativer angesehen ist als in der deutschen Bevölkerung. Zunächst wurde ein Zusammenhang zwischen seelischer Gesundheit und der Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe analysiert. Im Rahmen der vierten Forschungsfrage wurden Hypothese 14, 15 und 16 überprüft.

Hypothese 14 und 15. Bei den Hypothesen 14 und 15 wurde erwartet, dass die Einstellung gegenüber einer Psychotherapie in Deutschland positiver als in Südkorea und die gesellschaftliche Akzeptanz für Psychotherapie in Südkorea geringer als in Deutschland ist.

Wie aus der obigen Tabelle 6.4 ersichtlich, wurden beide Hypothesen bestätigt: Die Menschen in Südkorea haben bedeutend negativere Einstellungen gegenüber psychotherapeutischen Behandlungen und es herrscht eine geringere diesbezügliche Akzeptanz in der Gesellschaft als dies in Deutschland der Fall ist. Dieser Befund lässt auch die Aussage zu, dass Südkoreaner in vergleichsweise höherem Maße befürchten, auf Grund einer psychotherapeutischen Behandlung in der Gesellschaft stigmatisiert zu werden. Diese Vermutung stimmt des Weiteren mit der 15. Hypothese überein, dass in der südkoreanischen Gesellschaft eine geringere Akzeptanz in Bezug auf psychotherapeutische Behandlungen vorherrscht als in Deutschland.

Hypothese 16. Durch Hypothese 16 wurde teilweise bestätigt, dass die Einstellung gegenüber Psychotherapie mit der Persönlichkeitsvariablen „Sinnerfülltheit vs. Depressivität“ zur seelischen Gesundheit bei gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland zusammenhängt. Das bedeutet: Je depressiver die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland empfinden, desto negativer ist ihre Einstellung gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung. Zudem korreliert die gesellschaftliche Akzeptanz gegenüber psychotherapeutischen Behandlungen in Deutschland mit der subjektiven Beeinträchtigung durch körperliche und seelische Symptome, und in Südkorea mit der gesundheitsbezogenen Persönlichkeitsvariable „Sinnerfülltheit vs. Depressivität“. Das heißt, dass je geringer die Akzeptanz gegenüber der psychotherapeutischen Behandlung bei gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland ist, umso höher ist bei ihnen das Niveau der empfundenen Beeinträchtigungen durch körperliche und seelische Symptome. Je geringer Akzeptanz gegenüber psychotherapeutischen Behandlungen bei gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea ist, umso depressivere Werte sind bei ihnen messbar. Die Stärke dieser Zusammenhänge zeigte aber einen schwach linearen Zusammenhang.

Zusammenfassende Beantwortung von Forschungsfrage 4: Kulturelle Unterschiede bzgl. Einstellung gegenüber Psychotherapie und gesellschaftlicher Akzeptanz und ihr Zusammenhang mit seelischer Gesundheit

Die vierte Forschungsfrage lautet, ob die Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe in der koreanischen Bevölkerung deutlich negativer als in der deutschen Bevölkerung ist und welchen Zusammenhang es zwischen seelischer Gesundheit und der Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe gibt. Aus den Ergebnissen der 14. und 15. Hypothesen lässt sich zeigen, dass das Einstellungsniveau

gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe in der koreanischen Bevölkerung deutlich negativer ist als in der deutschen Bevölkerung und die gesellschaftliche Akzeptanz für eine psychotherapeutische Behandlung in Südkorea geringer ist als in Deutschland. Diese Ergebnisse stehen im Einklang von Untersuchungen von Atkinson und Gim (1989), die zeigen, dass die meisten Asiaten eine negativere Einstellung gegenüber psychotherapeutischer Beratung bzw. Behandlung haben als Nicht-Asiaten. Das heißt, dass in der südkoreanischen Gesellschaft eine psychotherapeutische Behandlung mehr als Schwäche gilt als in der deutschen Gesellschaft. Warum ist eine psychotherapeutische Behandlung bzw. ein Aufenthalt in einer Psychiatrie in Südkorea noch mehr ein Tabuthema als in Deutschland? Döll (2009) stellt zum „Tabuthema Psychotherapie“ Folgendes fest:

Therapeutische Beratung/Behandlung oder gar ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik werden stigmatisiert, weil dies als Zeichen von Schwäche und mangelnder eigener Problemlösungsfähigkeit gewertet wird. Dies widerspricht dem Prinzip der Leistungsgesellschaft, in der es nach Auffassung vieler keine Schwächen geben darf. Oft bedingt dieses „stark sein und sich verstellen müssen“ jedoch erst recht psychische Probleme (Döll, 2009).

Im Weiteren wurden die Zusammenhänge zwischen seelischer Gesundheit und Einstellung gegenüber der Psychotherapie/Akzeptanz der Gesellschaft bewiesen: (a) Je depressiver die gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland empfinden, desto negativer ist ihre Einstellung gegenüber der psychotherapeutischen Behandlung; (b) je geringer die Akzeptanz gegenüber psychotherapeutischer Behandlung aufseiten gesunder berufstätiger Frauen in Deutschland ausfällt, um so stärker empfinden sie Beeinträchtigungen durch körperliche und seelische Symptome; (c) bei den gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea zeigen sich umso depressivere Werte für Persönlichkeitsvariablen zur seelischen Gesundheit, je geringere Akzeptanz von psychotherapeutischen Behandlungen in der Gesellschaft vorliegt. Wie bereits erwähnt, haben die Einstellung gegenüber der Psychotherapie und das (befürchtete) Stigmatisierungserlebnis einen Einfluss auf den Therapieerfolg (Riedel, 1989; Schmid-Ott, 1999). Die negative Einstellung gegenüber der psychotherapeutischen Behandlung bzw. Furcht vor Stigmatisierung in der Gesellschaft verzögern die Inanspruchnahme professioneller Hilfe in Form von Psychotherapie, wodurch sich der seelische Zustand verschlechtert, wenn eine Person unter einer seelischen

Erkrankung leidet. Aus diesem Grund gelten eine negative Einstellung und niedrige Akzeptanz gegenüber psychotherapeutischer Behandlung laut der Ergebnisse als Risikofaktor für seelische Gesundheit (siehe Tab. 6.3, S. 137). Außerdem lässt sich die Überlegung ableiten, ob eine negative Einstellung und ein niedriges Akzeptanzniveau gegenüber psychotherapeutischer Behandlung seelische Erkrankungen direkt verursachen können oder die seelische Gesundheit indirekt beeinflusst.

6.2 Stärken und Einschränkungen der Studie sowie Implikationen für zukünftige Forschungsfragen

Im Folgenden werden studienbezogene Stärken und Einschränkungen diskutiert. Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen bestimmte Einschränkungen im Rahmen des methodischen Vorgehens berücksichtigt werden, die in ihrer Konsequenz Anlass zu weiteren Untersuchungen geben.

Stichproben

In der vorliegenden Studie wurden die Faktoren subjektive Rollenqualitäten der Zufriedenheit und Belastung im Berufs- und Familienleben nach einem individuellen und multikulturellen Aspekt als Einflussfaktoren bei den berufstätigen Frauen berücksichtigt. Im Rahmen des multikulturellen Vergleichs kamen die teilnehmenden gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland und Südkorea aus verschiedenen Abteilungen eines Krankenhauses, was der Vermeidung anderer Störfaktoren zugute kam. Zudem war die Verteilung für Alter und Mutterschaft in der Stichprobe recht ausgeglichen. Ursprünglich wurde erwartet, dass die soziodemographischen Variablen „Altersgruppe, Partnerschaft, Kinder, Schulabschluss und Haushaltseinkommen“ keine unterschiedliche Häufigkeitsverteilung haben. Aufgrund des zeitlichen, organisatorischen und finanziellen Datenerhebungsaufwands konnten das Kriterium für ausgeglichene Häufigkeitsverhältnisse bezüglich aller soziodemographischen Variablen bei Stichproben nicht erfüllt werden. Nach der subjektiven Krankheitstheorie von Becker (1984) sind die Einflussfaktoren die Folgenden: Lebensgeschichte, Bildungsgrad, Persönlichkeit, Lebenszufriedenheit, Alter, magisches Denken, Geschlecht, Kultur. Kritisch ist aus diesem Grund anzumerken, dass sich die Gruppen hinsichtlich der soziodemographischen Variablen zum Teil unterscheiden. Hierbei hätten die drei Perspektiven Bildungsniveau, Haushaltseinkommen und Partnerschaft besonders nach

kulturellen Aspekten berücksichtigt werden müssen. Die Forscher haben einen Zusammenhang zwischen gesundheitlichem Zustand und sozio-ökonomischen Ungleichheiten, z.B. Einkommen, Bildungsniveau, Stellung im Beruf und Erwerbsstatus, bewiesen (Arber, 1997; Denton & Walters, 1999; Walters, Lenton & McKeary, 1995; Walters, McDonough & Strohschein, 2002). Nach Abele (2001) ist hiermit indirekt belegt, dass multiple Rollen mehr Ressourcen als Risiken enthalten, da ein hohes Bildungsniveau bei berufstätigen Frauen mit einem hohen Anteil an Erwerbstätigkeit einhergeht. Besondere Schwierigkeiten gab es für die gleichmäßigen Häufigkeitsverteilungen bei dem Bildungsniveau, da sich die Schulsysteme in Südkorea und Deutschland stark voneinander unterscheiden. Nach dem koreanischen Amt für Statistik (2012) haben 60 % der Menschen einen Hochschulabschluss; zum Vergleich sind nur 32,3 % der Menschen aus den EU-Ländern mit einem Hochschulabschluss ausgestattet. Dieses Verhältnis stimmt auch mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie überein: Die gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea hatten zu 95,9 % einen Hochschulabschluss, die Quote bei gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland lag bei 61,9 %. Besonders die Frauen, die in Krankenhäusern arbeiten, müssen in Südkorea einen Hochschulabschluss als Voraussetzung vorweisen. Aus diesem Grund zeigten die Ergebnisse bezüglich des Bildungsniveaus einen Unterschied zwischen Südkorea und Deutschland. Im Folgenden werden Vorschläge für die zukünftige Forschung im Rahmen dieser Anmerkungen angeboten. Schließlich ist ein letzter Kritikpunkt eine unterschiedliche Definition für die Partnerschaft. In Deutschland lebt ein Paar in einer gemeinsamen Wohnung, auch wenn es nicht offiziell bzw. nicht amtlich verheiratet ist. In Südkorea ist aber die Partnerschaft anders verwendet. Ein Paar lebt zusammen in einer gemeinsamen Wohnung, nachdem es amtlich verheiratet ist. Es wird in der dortigen Gesellschaft als eine Schande aufgefasst, vor der offiziellen Heirat zusammenzuleben. In der Studie wurde leider nicht differenzierter gefragt, sondern nur, ob die Teilnehmerinnen verheiratet sind. Hier wurde die entsprechende Frage in Deutschland evtl. verneint, auch wenn Frauen mit dem Partner zusammenleben. Aus diesem Grund soll dieser Punkt in der zukünftigen Studie berücksichtigt werden.

Bezüglich der Interpretation der Daten soll noch eine weitere auffällige Beobachtung kommentiert werden, nämlich der Aspekt des Nikotinkonsums. Die Ergebnisse zeigen, dass die Teilnehmerinnen an der Studie in Südkorea alle Nicht-Raucherinnen waren und die deutschen Frauen zu 77,3 % Nicht-Raucherinnen. Warum gab es keine Raucherin unter den Teilnehmerinnen in Südkorea? Nach Lux und Walter (2007) konsumierten nur wenige Frauen Nikotin, solange die traditionelle geschlechtsspezifische bzw. soziokulturell-basierte

Rollenverteilung den weiblichen Tabakkonsum ächtete. Im Rahmen der behavioralen Faktoren werden Geschlechtsunterschiede und Gesundheitsverhalten (Alkoholkonsum, Tabakkonsum, Ernährung und sportliche Aktivität) von Frauen im Vergleich zu Männern erklärt, da jenes Gesundheitsverhalten mit Gesundheit bzw. Krankheit verbunden ist (vgl. z.B. Blaxter, 1990; Denton, Prus & Walters, 2004). So bleibt noch die Frage offen, ob diese Phänomene in einem Zusammenhang zwischen einer sozialen Schicht und einem Tabakkonsumverhalten erklärt werden können. Ein weiterer kritischer Punkt ist darin zu sehen, dass eine klinische Stichprobe in Südkorea nicht erhoben wurde. Es wäre interessanter, auch klinische Stichproben zwischen Deutschland und Südkorea zu vergleichen. An dieser Stelle müssen noch Auswahlkriterien der Stichprobe reflektiert werden, da es keine Rehabilitationskliniken für seelische Erkrankungen und kein Setting für eine ambulante Psychotherapie in Südkorea gibt. Zum Schluss wurde in der vorliegenden Studie nicht erhoben, wie viel Zeit die Teilnehmerinnen für angenehme Aktivitäten aufbringen. Um zwischen Beruf und Familie zu balancieren, ist es auch wichtig, angenehme Aktivitäten, z.B. Sport und andere Hobbys, auf dem Plan zu haben, aktiv zu sein.

Operationalisierungen für seelische Gesundheit und erlebte Rollenqualitäten der Zufriedenheit und der Belastung sowie die Einordnung zu Schutzfaktoren oder Risikofaktoren:

Ein anderer Kritikpunkt bezüglich der vorliegenden Studie liegt in der Operationalisierung für seelische Gesundheit und erlebte Rollenqualitäten der Zufriedenheit und der Belastung. Wie bereits beschrieben, wurden die Daten für die klinische Stichprobe der IRiS Protekt-Studie entnommen und die eingesetzten Fragebögen wurden in der vorliegenden Studie ebenso verwendet, damit die klinische Stichprobe mit den Stichproben Gesunder verglichen werden konnte, so dass eine Auswahlbegrenzung für die Fragebögen zu Rollenqualitäten und seelischer Gesundheit vorgegeben wurde. Entsprechend der vorliegenden Studie wurden erlebte Rollenqualitäten der Zufriedenheit und der Belastung mit Hilfe der Fragebögen zur Rollenqualität für den Haushalt (FRQ-H), die Partnerschaft (FRQ-P) und die Elternschaft (FRQ-E) im familiären Umfeld sowie mit dem Fragebogen zur Rollenqualität für Beruf (FRQ-B), dem Fragebogen Effort-Reward-Imbalance (ERI) und dem Fragebogen für das arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) im beruflichen Umfeld operationalisiert. Als kritisch anzusehen ist der Fragebogen zur Rollenqualität für den Haushalt (FRQ-H). Dieser Fragebogen wurde im Rahmen der IRiS Protekt-Studie auf Basis der Fragebögen FRQ-E, -P und -B selbst entwickelt; eine interne bzw. externe Validität

wurde nicht gemessen. Anhand der Fragebögen Brief Symptom Inventory (BSI), Symptom-Checkliste-Kurzversion-9 (SCL-K-9) und Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF) wurde seelische Gesundheit operationalisiert. Schließlich wurde die Einstellung bzw. Akzeptanz gegenüber der psychotherapeutischen Behandlung mittels des Fragebogens zur Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe (FEP) erfasst. Zunächst eigneten sich diese Fragebögen zur Messung der entsprechenden Variablen. Dabei sind jedoch einige kritische Punkte anzumerken. Ein kritischer Punkt betrifft die Verwendung der Kurzversion SCL-K-9 aus dem SCL-90-R (Franke, 1995) bei der klinischen Stichprobe und eine andere Kurzversion BSI ebenso aus dem SCL-90-R bei den gesunden Stichproben in Südkorea und in Deutschland. Auch wenn Klaghofer und Brähler (2001) bestätigen, dass der Gesamtmittelwert bei dem SCL-K-9 dem Gesamtmittelwert der BSI entspricht, wäre es dennoch zielführender gewesen, den gleichen Fragebogen einzusetzen. Ein anderer Fragebogen ist der Fragebogen des TPF, um Verhaltensweisen im Zusammenhang mit seelischer Gesundheit zu erfassen. Die beiden Superfaktoren „Verhaltenskontrolle“ und „seelische Gesundheit“ sowie die Komponente „Sinnerfülltheit vs. Depressivität“ wurden bei TPF in der vorliegenden Studie eingesetzt. Um eine zusammenfassende Aussage zu seelisch gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen machen zu können, wäre es besser gewesen, wenn alle weiteren Komponenten, und zwar „Selbstvergessenheit vs. Selbstzentrierung“ und „Beschwerdefreiheit vs. Nervosität bei seelisch-körperlichem Wohlbefinden“, „Expansivität“, „Autonomie bei Selbstaktualisierung“, „Selbstwertgefühl“, „Liebesfähigkeit bei Selbst- und fremdbezogener Wertschätzung“ (vgl. Abschnitt 4.3.4, S. 69), von den Teilnehmerinnen hätten erhoben werden können. Zum Schluss soll noch ein kritischer Punkt zur Datenauswertung und -interpretation angemerkt werden. Ursprünglich wurden auch Daten dazu erhoben, ob bzw. wie oft die Teilnehmerinnen Medikamente, z.B. Antidepressiva, Schmerzmittel, Schlafmittel, einnehmen. Während der laufenden Studie wurden diese Aspekte von dem Thema ausgeschlossen, aus diesem Grund wurden die Daten nicht weiter in der Datenauswertung und -Interpretation verwendet. Die Daten werden in zukünftigen Untersuchungen evtl. berücksichtigt.

Des Weiteren lassen sich die erlebten Rollenqualitäten aus dem familiären und beruflichen Umfeld im Rahmen der vorliegenden Studie dichotomisieren, nämlich Schutz- und Risikofaktoren. Wie in Tabelle 3.2 (S. 50) wurden in der Studie als Schutzfaktoren angenommen: Zufrieden stellende Rollenqualität in Partnerschaft, Haushalt und Elternschaft im Rahmen des familiären Umfelds sowie zufrieden stellende Rollenqualität im Beruf und geringeres Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung im Rahmen des

beruflichen Umfelds. Darüber hinaus wurden die Faktoren als Risikofaktoren kennzeichnet: Belastende Rollenqualität in Partnerschaft, Haushalt und Elternschaft bezüglich des familiären Umfelds sowie belastende Rollenqualität im Beruf, Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung und arbeitsbezogene gesundheitsfördernde bzw. -gefährdende Verhaltensmuster im Rahmen des beruflichen Umfelds. Es wäre überlegenswert, eine geringe Belastung in den verschiedenen Lebensbereichen als Schutzfaktor anzusehen. Ebenso kann es als Risikofaktor gelten, wenn eine zufrieden stellende Rollenqualität in den verschiedenen Lebensbereichen in geringem Maße vorhanden ist. Diese weitere Möglichkeit ist in der vorliegenden Studie ausgeschlossen.

Auch sind die Frauen, die eine Doppelrolle als Hausfrau und Berufstätige innehaben, Zielkonflikten ausgesetzt, wobei die Ziele von den eigenen Bedürfnissen zu unterscheiden sind. Hierbei wäre es für die zukünftige Forschung zur „Work-Life-Balance“ interessant zu betrachten, wie die Handlungsentscheidungen bzw. -orientierung bei berufstätigen Frauen bei Vorhandensein von Zielkonflikten nach einer Kulturdimension zwischen Kollektivismus und Individuum ausfallen.

Schließlich ergab sich durch den kulturellen Vergleich zwischen Deutschland und Südkorea der sehr interessante Befund, dass berufstätige Frauen in Südkorea zufriedener in Bezug auf den Haushalt waren und mehr Gleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung im Beruf empfanden als berufstätige Frauen in Deutschland, auch wenn in Südkorea gesundheitsgefährdende Verhaltensmuster im Beruf verbreiteter waren. Es wäre auch ein Thema für die zukünftige Forschung, welche besonderen Bewältigungsressourcen bzw. -strategien Frauen in Südkorea haben.

6.3 Implikationen für die Praxis

Bislang wurde das Thema oftmals im Rahmen der Forschung zur Work-Life-Balance erforscht, allerdings gab es relativ wenige Studien mit einem kulturellen Vergleich. In der vorliegenden Studie wurde das Thema „Work-Life-Balance“ einerseits aus einer individuellen Perspektive, andererseits aus einer multikulturellen Perspektive untersucht. Aus den Befunden der vorliegenden Studie lassen sich für die verschiedenen Bereiche bedeutsame Schlussfolgerungen ableiten.

Identifizierung von Risiko- und Schutzfaktoren für seelische Gesundheit bei berufstätigen Frauen und ein Vorschlag für eine positive Einstellung für seelische Erkrankungen

Die wichtigste Erkenntnis dieser Studie ist, dass nach der Salutogenese-Theorie (Antonovsky, 1979, 1987) Risiko- und Schutzfaktoren für seelische Gesundheit bei berufstätigen Frauen identifiziert werden konnten. Das heißt, dass für den seelischen Gesundheitszustand auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum entscheidend ist, welche Risiko- und Schutzfaktoren berufstätige Frauen in welcher Ausprägung haben. Anhand der Ergebnisse der ersten und zweiten Forschungsfrage werden Schutz- und Risikofaktoren für seelische Gesundheit in den verschiedenen Lebensbereichen bei berufstätigen Frauen identifiziert und dadurch wird ein Leitfaden zu den Schutz- und Risikofaktoren in den verschiedenen Lebensbereichen für seelische Gesundheit bei berufstätigen Frauen dargestellt. Dabei besagt die vorliegende Studie, dass ein seelischer Gesundheitszustand damit zusammenhängt, wie viele Schutzfaktoren bzw. Risikofaktoren die berufstätigen Frauen haben. Durch die vorliegende Studie kann ebenso für die Frage sensibilisiert werden, welche Schutz- bzw. Risikofaktoren gesunde berufstätige Frauen sowohl im familiären als auch im beruflichen Umfeld haben. Dabei kann auch eine Interventionsmaßnahme zur Work-Life-Balance besonders bei berufstätigen Frauen im Rahmen einer individuellen Perspektive, Arbeits- und Organisationsperspektive sowie gesellschaftlichen Perspektive etabliert werden, um die seelische Gesundheit aufrechtzuerhalten.

Schutz- und Risikofaktoren bei berufstätigen Frauen nach einem multikulturellen Aspekt

Es wurden ferner die Risiko- und Schutzfaktoren für seelische Gesundheit bei berufstätigen Frauen und der Zusammenhang mit seelischer Gesundheit nach dem multikulturellen Aspekt verglichen. Laut Bericht der WHO-Konferenz (2006) wird psychische Gesundheit von den bestehenden Gesundheitsmonitoring-Systemen nur unzureichend erfasst, so dass keine ausreichenden Informationen zur seelischen Gesundheit vorliegen. Die vorliegende Studie bietet multikulturelle Informationen über Risiko- und Schutzfaktoren für seelische Gesundheit bei berufstätigen Frauen. Diese Forschungsfrage kann also zu einem multikulturellen Verständnis beitragen in Bezug darauf, wie unterschiedlich die Lebensrollenqualitäten gesunder berufstätiger Frauen in den unterschiedlichen Kulturen ausfallen. Diese Informationen stellen ein wertvolles Wissen für eine kultursensitive Psychotherapie für Menschen mit Migrationshintergrund dar. Ein anderer Befund der vorliegenden Studie deutet

darauf hin, dass gesunde berufstätige Frauen in Südkorea mehr Bedenken in Bezug auf die psychotherapeutische Behandlung haben als solche in Deutschland. Dies ist im Zusammenhang mit einer Stigmatisierung durch die Gesellschaft auf Grund ihrer negativen Einstellung gegenüber psychotherapeutischen Behandlungen zu sehen. Ferner soll seelische Erkrankung bzw. seelische Gesundheit nicht als dichotome Definition angesehen werden. Der seelische Gesundheitszustand bei berufstätigen Frauen ist abhängig von Art und Umfang bei ihnen vorhandener Schutz- und Risikofaktoren. Darüber hinaus wird eine alternative Definition in Bezug auf seelische Erkrankung bei berufstätigen Frauen vorgeschlagen. Auf diese Weise lassen sich Verständnis für seelische Gesundheit bzw. seelische Krankheit und eine positive Einstellung gegenüber psychotherapeutischen Behandlungen gegen seelische Erkrankungen bewirken.

7 Fazit

Die vorliegende Studie interessiert sich im Rahmen der Theorie der Salutogenese nach Antonovsky für Risiko- und Schutzfaktoren hinsichtlich der seelischen Gesundheit bei berufstätigen Frauen in Deutschland und Südkorea. Die Studie identifiziert Risiko- und Schutzfaktoren bei berufstätigen Frauen und vergleicht diese aus einer multikulturellen Perspektive. Hierbei wird von der Annahme ausgegangen, dass ein Zustand der Gesundheit auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum davon abhängig ist, wie viele Schutz- bzw. Risikofaktoren die berufstätigen Frauen haben.

Es lässt sich festhalten, dass der seelische Gesundheitszustand bei der Stichprobe Gesunder in Deutschland eher auf einem positiven Pol des Krankheits-Gesundheits-Kontinuums steht als die klinische Stichprobe in Deutschland, da die Stichprobe Gesunder mehr Schutzfaktoren aufweist als die klinische Stichprobe. Interessanterweise gibt es keinen großen Unterschied für Schutz- und Risikofaktoren zwischen Deutschland und Südkorea, auch wenn sich der seelische Gesundheitszustand der gesunden berufstätigen Frauen in Südkorea in der Untersuchung näher am negativeren Pol befindet als der seelische Gesundheitszustand der gesunden berufstätigen Frauen in Deutschland.

8 Literaturverzeichnis

- Abele, A. E. (2001). Rollenvielfalt von Frauen - Einfluss auf psychische Gesundheit und Wohlbefinden. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrg.), *Klinische Psychologie der Frau*. Göttingen: Hogrefe (S. 563-580).
- Ackermann, H. (2012). *Biometrische Analyse von Stichproben für Window: Handbuch Version 10*. Darmstadt: Epsilon-Verlag Hochheim.
- Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Medical Journal*, 48 (5), 385-391.
- Aichberger, M., Schouler-Ocak, M., Rapp, M. & Heiz, A. (2008). Transkulturelle Aspekte der Depression. *Gerundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 51 (4), 436-442.
- Akguel, G. & Schmid-Ott, G. (2007). Einstellung gegenüber der Psychotherapie in der deutschen Bevölkerung und bei türkischen Migranten/innen in Deutschland. In M. Neises & G. Schmid-Ott (Hrsg.). *Gender, kulturelle Identität und Psychotherapie*. Lengerich: Pabst Verlag, S. 171-188.
- Alfermann, D. (1996). *Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Allenspach, M. & Brechbühler, A. (2005). *Stress am Arbeitsplatz. Theoretische Grundlagen, Ursachen, Folgen und Prävention*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. London: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. (Deutsche Ausgabe: Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag).
- Antonucci, T. C. (2001). Psychology of social support. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* Tarrytown, NY:

Pergamon Publisher.

Arber, S. (1997). Comparing inequalities in Women's and men's health Britain in the 1990s. *Social Science and Medicine*, 44 (6), 773-787.

Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C. & Cortés, I. (2004). Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health, 59, 761-767.

Ashforth, B. E., Kreiner, G. E., & Fugate, M. (2000). All in a day's work: Boundaries and micro role transitions. *Academy of Management Review*, 25(3), 472-491.

Atkinson, D. R. & Gim, R. H. (1989). Asian-American cultural identity and attitudes toward mental health services. *Journal of Counseling Psychology*, 36 (2), 209-212.

Auhagen, A. E. (Hrsg.) (2004). *Positive Psychologie: Anleitung zum "besseren" Leben*. Basel: Beltz Verlag.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2005). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung*, 11. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.

Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22 (3), 309-328.

Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A. M. (1998). Handlungsbedingungen und Grundlagen der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: E. Bamberg, A. Ducki & A. M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung: Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, S. 17-36.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Barnett, R. C., Davidson, H., & Marshall, N. L. (1991). Physical symptoms and the interplay of work and family roles. *Health Psychology*, 10 (2), 94-101.

- Barnett, R. C. & Hyde, J. S. (2001). Women, men, work, and family. *American Psychologist*, 56 (10), 781-796.
- Baruch, G. K. & Barnett, R. C. (1986). Role quality, multiple role involvement and psychological well-being in midlife women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 578-585.
- Bauer, G. & Jenny, G. (2010). Anspruch und Wirklichkeit: Zum aktuellen Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung. In G. Faller. *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. Bern, 48-56.
- Bebbington, P. E., Dunn, G., Jenkins, R., Lewis, G., Brugha, T., Farrell, M. & Meltzer, H. (1998). The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the national survey of psychiatry morbidity. *Psychological Medicine*, 28 (1), 9-19.
- Becker, H. (1984). Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung. *Psychotherapie, Medizinische Psychologie*, 34, 313-321.
- Becker, P. (1989). *Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF*. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle: Eine integrative Persönlichkeitstheorie und ihre klinische Anwendung*. Göttingen: Hogrefe-Verlag für Psychologie.
- Becker, P., Bos, K., Opper, E., Woll, A. & Wustmans, A. (1996). Vergleich von Hochgesunden, Normal- und Mindergesunden in gesundheitsrelevanten Variablen (GRV). *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 4 (1), 55–76.
- Becker, P. (1997). *Psychologie der seelischen Gesundheit, Band 1: Theorien, Modelle, Diagnostik* (2. Auflage), Göttingen; Hogrefe-Verlag.
- Becker, P. & Minsel, B. (1986). *Psychologie der seelischen Gesundheit, Band 2: Persönlichkeits-psychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und*

Förderungsmöglichkeiten. Göttingen: Hogrefe.

Becker-Schmidt, R. (2003). Umbrüche in Arbeitsbiographien von Frauen: Regionale Konstellationen und globale Entwicklungen. In Knapp, Gudrun-Axeli/Wetterer, Angelika (Hg): Achsen der Differenz. Gesellschaftstheorie und feministische Kritik II. Westfälisches Dampfboot. S. 101-132

Becker-Schmidt, R. (2008). Doppelte Vergesellschaftung von Frauen: Divergenzen und Brückenschläge zwischen Privat- und Erwerbsleben. In: Becker, R. & Kortendiek, B. (Hrsg.), Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung: Theorie, Methoden, Empirie (2. erweiterte und aktualisierte Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Behnke, C. & Meuser, M. (2003). Modernisierte Geschlechterverhältnisse? Entgrenzung von Beruf und Familie bei Doppelkarrierepaaren. In Gottschall, K. & Voß, G. Günter (Hrsg.). Entgrenzung von Arbeit und Leben: Zum Wandel der Beziehung von Erwerbstätigkeit und Privatsphäre im Alltag. München und Mering: Reiner Hampp Verlag.

Bildt, C. & Michelsen, H. (2002). Gender differences in the effects from working conditions on mental health: A 4-year follow-up. International Archives of Occupational and Environmental Health, 75, 252-258.

Bortz, J. & Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Blaxter, M. (1990). Health and Lifestyles. London: Routledge.

Bronfenbrenner, U. (1981). Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brüggemann, B. R. (2007). Frauen - das depressive Geschlecht? Die Bedeutung soziokultureller Faktoren in der Genese depressiver Störungen. In M. Neises & G. Schmid-Ott (Hrsg.) (2007). Gender, kulturelle Identität und Psychotherapie. Groß Umstadt; Pabst Science Publishers.

- Bullinger, M. (1997). Lebensqualitätsforschung: Bedeutung-Anforderung-Akzeptanz. Stuttgart: Schattauer.
- Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFS; 1994). Familie und Familienpolitik im vereinten Deutschland - Zukunft des Humanvermögens. 5. Familienbericht. Bundesdrucksache 12/7560, Bonn
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ: Hrsg.) (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Alter und Gesellschaft. Berlin: BMFSFJ.
- BundesPsychotherapeutenKammer (BPtK, 2011). BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit: Psychische Erkrankungen-keine Frage des Alters. Berlin: BPtK.
- Calliess, I. T., Machleidt, W. & Ziegenbein, M. (2007). Auswirkungen des Krankheitsverständnisses auf die Beguachtungspraxis bei Migranten mit seelischen Erkrankungen. In M., Neises & G., Schmid-Ott (Hrsg.). Gender, kulturelle Identität und Psychotherapie, Groß Umstadt: Pabst Science Publishers (S. 266-284).
- Carlson, D. S. & Frone, M. R. (2003). Relation of behavioral and psychological involvement to a new four-factor conceptualization of work-family interference. *Journal of Business and Psychology*, 17 (4), 515-35.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2002). Optimism. In C. R., Snyder & S. J., Lopes (Eds.), *Handbook of positive psychology*, New York: Oxford University Press.
- Cha, Y. J. (1998). Traditionelle Gedanken für Korean (한국인의 전통사상). Jeonju: Jeonjuuniversität-Verlag.
- Cho, S.-S. (2005). Kirche und Frauenbildung in Korea: am Beispiel der Kongregation „Sisters of Our Lady of Perpetual Help“ (SOLPH). Münster; LIT Verlag.
- Choi, S. J. & Kim, K. B. (2011). 문화심리학: 현대 한국인의 심리분석 (Cultural psychology:

- Understanding Korean People and Culture). 서울 (Seoul): 지식산업사 (Jisiksaneupsa).
- Clark, S. C. (2000). Work/family border theory: A new theory of work/family balance. *Human Relations*, 53, 747-770.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2. Aufl., Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cordes, C. L. & Dougherty, T. W. (1993). A review and integration of research in on job burnout. *Academy of Management Review*, 18 (4), 621-656.
- Denton, M. & Walters, V. (1999). Gender differences in structural and beahvioral determinants of health: An analysis of the social production of health. *Social Science and Medicine*, 48 (9), 1221-1235.
- Denton, M., Prus, S. & Walters, V. (2004). Gender differences in health: A Canadian study of the psychosocial, structural and behavioral determinants of health. *Social Science and Medicine*, 58 (12), 2585-2600.
- Deplazes, S. & Künzli, H. (2010). Arbeit und Gesundheit - Betriebliches Gesundheitsmanagement. In B. Werkmann & J. Rietiker, *Angewandte Psychologie für das Human Resource Management*, S. 436-450. Berlin: Springer.
- Dirte, D., Schulz, W. & Schmid-Ott, G. (2006). Attitude towards psychotherapy in the Russian population and in the population with a Russian/Soviet cultural background in Germany - A pilot study. *Nervenarzt*, 77, 64-72.
- Dittmann, K. & Weber, I. (1982). Das Typ-A-Muster: Ein Risikofaktor für koronare Herzkrankheiten? In: Abholz, H.-H., Borgers, D., Karmaus, W. & Korporel, J. (Hrsg.). *Risikofaktorenmedizin: Konzept und Kontroverse*. Berlin: De Gruyter Verlag.
- Dinger-Broda, A. (2001). Frauenspezifische Versorgungsangebote in der psychosomatischen Rehabilitation. In: Worringer, U. & Zwingmann, Ch. (Hrsg.).

Rehabilitation weiblich-männlich: Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung.
Juventa Verlag: Weinheim und München.

Dlugosch, G.E. (1994). Modelle in der Gesundheitspsychologie. In P. Schwenkmezger. & L.R. Schmidt (Hrsg.), Lehrbuch der Gesundheitspsychologie (S. 106-112). Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Döll, A. (2009). Internetseite: <http://alexandra-doell.suite101.de/tabuthema-psychotherapie-a53933#ixzz1snJMAGLy>.

Dörner, U. & Muthny, F. A. (2005). Psychokardiologie: Vom Typ-A-Konzept zur Depressionsbehandlung nach Herzinfarkt. In F. Balck (Hrsg.), Anwendungsfelder der medizinischen Psychologie. Berlin: Springer, 2005, S. 73 - 85.

Dunkel-Schetter, C., Blasband, D. E., Feinstein, L. G. & Bennet, T. L. (1992). Elements of supportive interactions: when are attempts to help effective? In: Spacapan, S. & Oskamp, S. (Eds.), Helping and Being Helped. London: Sage (s. 83-113).

Eagle, B. W. & Miles, E. W. (1997). Interrole Conflicts and the Permeability of Work and Family Domains: Are There Gender Differences? *Journal of Vocational Behavior*, 50, 168-184.

Eckenrode, J. & Gore, S. (1990). Stress and coping at the boundary of work and family. Im *Stress between work and family* (s. 1- 16). New York: Plenum Press.

Edwards, J. R. & Rothbard, N. P. (2000). Mechanisms Linking Work and Family: Clarifying the Relationship between Work and Family Constructs. *The Academy of Management Review*, 25 (1), 178-199.

Emslie, C., Hund, K. & Macintyre, S. (2004). Gender, Work-Home Conflict, and Morbidity Amongst White-Collar Bank Employees in the United Kingdom. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11, 127-134.

Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's Sense of Coherence Scale: A

systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59 (6), 460–466.

Faltmaier, T., Kühnlein, I. & Burda-Viering, M. (1998). Subjektive Gesundheitstheorien: Inhalt, Dynamik und ihre Bedeutung für das Gesundheitshandeln im Alltag: Lay Health Theories: Contents, Dynamics, and their Contribution to Preventive Health Behaviour in Everyday Life. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft*, 6 (4), 309-326.

Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Ford, M. T., Heinen, B. A. & Langkamer, K. L. (2007). Work and Family Satisfaction and Conflict: A Meta-Analysis of Cross-Domain Relations. *Journal of Applied Psychology*, 92 (1), 57-80.

Franke, G. H. (1995). SCL-90-R: Die Symptom-Checkliste von Derogatis, Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test.

Franke, G. H. (2000). BSI -Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis. Göttingen: Hogrefe.

Franke, A. (2010). Das Modell der Salutogenese. In G. J. Dobos & A. Paul (Hrsg), *Mind-body-Medizin*. München: Elsevier Urban & Fischer.

Friedman, M. & Rosenman, R. H. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.

Frone, M. R. (2000). Work-family conflict and employee psychiatric disorders: The National Comorbidity Survey. *Journal of Applied Psychology*, 85 (6), 888-895.

Gater, R. A., Dean, C. & Morris, J. (1989). The contribution of childbearing to the sex difference in first admission rates for affective psychosis. *Psychological Medicine*, 19 (3), 719-724.

Glass, J. & Fujimoto, T. (1994). Housework, paid work and depression among husbands and wives. *Journal of Health and Social Behavior*, 35 (2), 179-191.

Greenhaus, J. H. & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles.

- Academy of Management Review, 10 (1), 76-88.
- Gotlib, I. H. (1998). Biased Information Processing as a Vulnerability Factor for Depression. *Behavior Therapy*, 29 (4), 603-617.
- Görtz, A. (2007). Existentielle Lebensqualität: Über die Messbarkeit von Glück und Wohlbefinden. VDM Verlag: Saarbrücken.
- Griffin, J. M., Fuhrer, R., Stansfeld, S. A. & Marmot, M. (2002). The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? *Social Science and Medicine*, 54 (5), 783-798.
- Guest, D. E. (2002). Perspectives on the Study of Work-Life-Balance. *Social Science Information*, 41 (2), 255-279.
- Gutiérrez-Lobos, K., Wöfl, G., Schrer, M., Anderer, P. & Schmidl-Mohl, B. (2000). The gender gap in depression reconsidered: the influence of marital and employment status on the female/male ratio of treated incidence rates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35, 202-210.
- Harris, H. (2004). „Global careers: Work-life issues and the adjustment of women international managers“. *Journal of Management Development*, 23 (9), 818-832.
- Haynes, S. G., Feinleib, M. & Kannel, W. B. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study: III. Eight years incidence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 111, 37-58.
- Hammelstein, P., Pohl, J., Reimann, S. & Roth, M. (2006). Persönlichkeitsmerkmale. In: Renneberg, B. & Hammelstein, P. (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Hansen, K. P. (2003). *Kultur und Kulturwissenschaft: Eine Einführung*. Paderborn: UTB.
- Härmä, M., Kompier, M. & Vahtera, J. (2006). Work-related stress and health - risks, mechanisms and countermeasures. *ScandJWorkEnvironHealth*, 32 (6), 413-419.

- Homfelt, H. G. & Steiglieder, S. (2003). Gesundheitsvorstellungen und Lebenswelt: Subjektive Vorstellungen von Bewohnern benachteiligter Wohngebiete über Gesundheit und ihre Einflussfaktoren. Weinheim und München; Juventa Verlag.
- House, J. S. (1981). Work stress and social support, Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Hurrelmann, K. (1994). Sozialisation und Gesundheit: Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Jang, Y., Chiriboga, D. A. & Becker, M. A. (2010). Racial and Ethnic Disparities. Im: Levin, B. L. & Becker, M. A. (Ed.), A Public Health Perspective of Women's Mental Health. New York; Springer.
- Johnson, J. V. & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support and cardio-vascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish population. American Journal of Public Health, 78 (10), 1336-1342.
- Kabanoff, B. (1980). Work and nonwork: A review of models, methods, and findings. Psychological Bulletin, 88 (1), 60-77.
- Kämmerer, A. (2000). Weibliches Geschlecht und psychische Störungen - Epidemiologische, diagnostische und ätiologische Überlegung. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg.), Klinische Psychologie der Frau: Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe, (s. 51-88).
- Kando, T. M., & Summers, W. C. (1971). The impact of work on leisure: Toward a paradigm and research strategy. Pacific Sociological Review. 14 (3), 310-327.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York, NY: Basic Books, S. 89-103.
- Kastner, M. (Hg.) (2010). Die Zukunft der Work Life Balance: Wie lassen sich Beruf und Familie, Arbeit und Freizeit miteinander vereinbaren? Czech Republic: Asanger Verlag
- Kersting, A. & Arolt, V. (2000). Psychosomatische Störungen bei Müttern: Historische

- Hintergründe, Erkrankungsursachen und psychotherapeutische Behandlungskonzepte. *Psychotherapeut*, 45 (1), 10- 17.
- Kienle, R., Knoll, N. & Renneberg, B. (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigungen. Im Renneberg & Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Kim, K.-I. (1999). Culture and Illness Behavior in South Korea. *Transcultural psychiatry*, 36 (1). 65-77.
- Klaghofer, R. & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49, 115–124.
- Kleinknecht, R. A., Dinnel, D. L. & Kleinknecht, E. E. (1997). Cultural Factors in Social Anxiety: A Comparison of Social Phobia Symptoms and Taijin Kyofusho. *Journal of Anxiety Disorders*, 11 (2), 157-177.
- Klimpel, M., & Schütte, T. (2006). *Work-Life-Balance: Eine Empirische Erhebung. Praxisorientierte Personal- und Organisationsforschung*, 1. Auflage, Reiner Hampp Verlag.
- Knoblich, T. J. (2001). *Das Prinzip Soziokultur – Geschichte und Perspektiven*, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B 11/2001, Bundeszentrale für politische Bildung; Bonn.
- Kolip, P. (2003). Ressourcen für Gesundheit - Potenziale und ihre Ausschöpfung, *Gesundheitswesen*. 65 (1), 155-162.
- Kolip, P. & Altgeld, T. (Hrsg.) (2006). *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Krauth, J. & Lienert, G. A. (1973). *Die Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA) und ihre Anwendung in Psychologie und Medizin*. Freiburg und München: Verlag Karl Alber.

- Kuhlmann, E. & Kolip, P. (2005). Gender und Public Health: Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Lademann, J., Mertesacker, H. & Gebhardt, B. (2006). Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. Psychotherapeutenjournal Ausgabe Nr. 2, 123- 129.
- Laireiter, A. R. (1993). Soziales Netz und soziale Unterstützung: Konzepte, Methoden und Befunde. Bern: Huber.
- Lambert, S. J. (1990). Processes linking work and family: A critical review and research agenda. Human Relations, 43 (3), 239-257.
- Lazarus, R. S. (1999). Stress and Emotion. A new Synthesis. London: Free Association Books.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer.
- Lee, S. H. (1977). A Study on the "hwabyung" (anger syndrome). Journal of Korea General Hospital, 1, 63-69.
- Lee, S., Colditz, G., Berkman, L. & Kawachi, I. (2002) A prospective study of job strain and coronary heart disease in US women. International Journal of Epidemiology, 31 (6), 1147–1153.
- Li, J., Yang, W. & Cho, S.-I. (2006). Gender differences in job strain, effort-reward imbalance, and health functioning among Chinese physicians. Social Science & Medicine, 62, 1066-1077.
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit & Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In B., Renneberg & P., Hammelstein (Hrsg). Gesundheitspsychologie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 7-12 & S. 35-60.
- Lux, R. & Walter, U. (2007). Rauchen und Geschlecht. Public Health Forum, 54 (15), 7-9.

- MacLachlan, M. (2006). Culture and Health: A Critical Perspective Towards Global Health. Dublin: Trinity College.
- MacMahon, K. M. & Lip, G. Y. (2002). Psychological factors in heart Failure: A review of the literature. Archives of Internal Medicine, 162 (5), 509–516.
- McGrath, E., Keita, G. P., Strickland, B. R. & Russo, N. F. (1990). Women and depression: Risk factors and treatment issues. Washington, DC: American Psychological Association.
- Maertz, C.P. & Boyar, S. L. (2011). Work-Family Conflict, Enrichment, and Balance under „Levels “and „ Episodes“ Approaches. Journal of Management, 37 (1), 68-98.
- Martino, M. D. (2007). Südkorea und China - Determinanten gescheiterter bzw. gelungener Entwicklungspolitik. Norderstedt: Deutsch GRIN Verlag.
- Maurischat, C. & Mittag, O. (2004). Erfassung der beruflichen Rollenqualität und ihre prognostische Bedeutung für die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit. Rehabilitation, 43 (1), 1-9.
- Mayring, Ph. (1991). Messinstrumente des Wohlbefindens, In: Abele, A. & Becker, P. (Hrsg.). Wohlbefinden: Theorie-Empirie-Diagnostik. Weinheim: Juventa.
- Min, S. K. (2009). Hwabyung in Korea: Culture and Dynamic Analysis. Official Journal of World Association of Cultural Psychiatry, 12-21.
- Moss, N. E. (2002). Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women´s health, 54 (5), 649-661.
- Müller-Christ, G. (2007): Nachhaltigkeit ist die Ursache, Generationengerechtigkeit die Wirkung. Wie aber lautet der verbindende Frame? In Aßländer, M., Suchanek, A. & Ulshöfer, G. (Hrsg). Generationengerechtigkeit als Aufgabe von Wirtschaft, Politik und Gesellschaft. München und Mering, S. 21-40.
- Namasivayam, K. & Mount, D. J. (2004). The Relationship of Work-Family Conflicts and

- Family-Work Conflict to Job Satisfaction. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 28 (2), 242-250.
- Near, J. P., Rice, R. W. & Hunt, R. G. (1980). The Relationship between Work and Nonwork Domains: A Review of Empirical Research. *The Academy of Management Review*, 5 (3), 415-429.
- Near, J. P. & Rechner, P. L. (1993). Cross-Cultural Variations in Predictors of Life Satisfaction: An Historical View of Differences among West European Countries. *Social Indicators Research*, 29 (1), 109- 121.
- Nelson, D. L., & Burke, R. J. (2002). *Gender, work stress, and health*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Nerdinger, F. W., Blickle, G. & Schaper, N. (2008). *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Oyserman, D. & Lee, S. W. S. (2008). Does Culture Influence What and How We Think? Effects of Priming Individualism and Collectivism. *Psychological Bulletin*, 134 (2), 311-342.
- Pauli, A. & Hornberg, C. (2008). *Gesundheit und Krankheit: Ursachen und Erklärungsansätze aus der Gender-Perspektive*. Im: Becker, R. & Kortendiek, B. (Hrsg.) (2008). *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung: Theorie, Methoden, Empirie* (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für sozialwissenschaften.
- Payton-Miyazaki, M., & Brayfield, A. H. (1976). The good job and the good life: Relation of Characteristics of employment to general well-being. In A. D. Biderman & T. F. Drury (Eds.), *Measuring work quality for social reporting*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Person, E. S. (1996). Die Situation der Frauen in einer Zeit gesellschaftlichen Wandels. Im Kass, F. I., Oldham, J. M., Pardes, H., Morris, L. B. (Hrsg.): *Das große Handbuch der seelischen Gesundheit: Früherkennung und Hilfe bei sämtlichen psychischen Störungen*. Berlin: Beltz.

- Peter, R. (2002). Berufliche Gratifikationskrisen und Gesundheit. *Psychotherapeut*, 47 (6), 386-398.
- Peter, R., Geisler, H. & Siegrist, J. (1998). Associations of effort-reward imbalance at work and reported symptoms in different groups of male and female public transport workers. *Stress Medicine*, 14 (3), 175–182.
- Pirolt, E. & Schauer, G. (2005). Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung. ppm forschung + beratung: Linz.
- Prinz, U., Nutzinger, D. O., Schulz, H., Petermann, F., Braukhaus, C. & Andreas, S. (2008). Die Symptom-Checkliste-90-R und ihre Kurzversionen: Psychometrische Analysen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 18, 337-343.
- Pschyrembel, W. (Hrsg.)(1990). *Klinisches Wörterbuch* (256. Neu bearb. Ausgabe). Berlin, New York: De Gruyter (s.900).
- Pugliesi, K. (1999). Gender and Work Stress: Differential Exposure and Vulnerability. *Journal of Gender, Culture, and Health*, 4 (2), 97-117.
- Rapoport, R. & Rapoport, R. N. (1965). Work and family in contemporary society. *American Sociological Review*, 30, 381-394.
- Rau, R., Gebele, N., Morling, K. & Rosler, U. (2010). Untersuchung arbeitsbedingter Ursachen für das Auftreten von depressiven Störungen. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Dortmund/Berlin/Dresden.
- Reimann S. & Hammelstein P. (2006). Ressourcenorientierte Ansätze. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer-Verlag, S. 13-28.
- Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

- Resch, M. & Bamberg, E. (2005). Work-Life Balance - neue Wege der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben? Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 49 (4), 171-175.
- Richter, P. & Hacker, W. (1998). Belastung und Beanspruchung: Stress, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben. München: Asanger Verlag.
- Riecher-Rössler A, Bitzer J (Hrsg.) (2005). Was können Institutionen anbieten? München: Urban & Fischer, S. 593-611.
- Riedel, W. -P. (1989). Therapiemotivation und Therapieerfolg. Prädiktoren des Inanspruchnahmeverhaltens und deren Bedeutung für das Therapieergebnis in einer stationären Psychotherapie. Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Robert Koch-Institut (2006). Gesundheit in Deutschland. Internetseite aus http://www.rki.de/cln_100/nn_204568/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/Gesltd/gesundheitsbericht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gesundheitsbericht.pdf
- Roberts, C. R., Roberts, R. E. & Stevenson, J. M. (1982). Women, work, social support and psychiatric morbidity. Social Psychiatry, 17 (4), 167-173.
- Ross, C. E. & Mirowsky, J. (1992). Households, employment, and the sense of control. Social Psychology Quarterly, 55 (3), 217-235.
- Rothbard, N. P. (2001). Enriching or depleting? The dynamics of engagement in work and family roles. Administrative Science Quarterly, 46 (4), 655-684.
- Rothbard, N. P. & Dumas, T. T. (2006). Research perspectives: managing the work-home interface. Im Work-Life Balance: A Psychological Perspective; Jones, F., Burke, R. J. & Westman, M., Psychology Press Verlag.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of

- reinforcement. *Psychological Monographs*, 33(1), 300-303.
- Rugulies, R., Bültmann, U., Aust, B. & Burr, H. (2005). Psychosocial Work Environment and Incidence of Severe Depressive Symptoms: Prospective Findings from a 5-Year Follow-up of the Danish Work Environment Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, 163 (10), 877-887.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1999). Handbuch der Differentialdiagnosen DSM-IV. Deutsche Bearbeitung. Göttingen: Hogrefe
- Schnall P. L., Belkic, K. L., Landsbergis, P. A. & Baker, D. B. (2000). Why the workplace and cardiovascular disease? In: Schnall P. L., Belkic, K. L., Landsbergis, P. A., Baker, D. B.(eds). *The Workplace and Cardiovascular Disease. Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, 15(1),1-5.
- Shim, J.-S. (1999). The Confucian Difference: Yin/Yang Feminism in Korean Women's Dramas. *Theatre Research International*,24 (3), 241-246.
- Siegrist, J. (1996). Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Sagie, A. & Elizur, D. (1996). The structure of personal values: A conical representation of multiple life areas. *Journal of Organizational Behavior*, 17, 573-586.
- Schaarschmidt, U. (2006). AVEM - ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufsbezogene Rehabilitation. In *Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.), Psychologische Diagnostik - Weichenstellung für den Reah-Verlauf*. Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Bonn, S. 59-82.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (2008). AVEM: Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster, 3 überarbeitete und erweiterte Auflage, Pearson Verlag.
- Schaper N. (2005). Wirkungen der Arbeit. In: F. Nerdinger, G., Blickle & N., Schaper, *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Berlin und Heidelberg: Springer Verlag.

- Schaper, N. (2006). Lernprozesse mit Instruktionmethoden wirkungsvoll gestalten. In S. Berendt, H.-P. Voss & J. Wildt (Hrsg.), Neues Handbuch Hochschullehre (B 1.5, S. 1-26). Berlin: Raabe.
- Schaefer, H. (1976). Die Hierarchie der Risikofaktoren. In: Halhuber, M. J. (Hrsg.): Psychosozialer Stress und KHK. Berlin, 21-34.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003). Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden - Eine Einführung. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden: Diagnostik für Klinik und Praxis (Bd. 2). Göttingen: Hogrefe.
- Schmid-Ott, G. (1999). Das sichtbare und das unsichtbare Stigma. Stigmatisierung bei der Psoriasis vulgaris und bei psychosomatischen Erkrankungen. Habilitationsschrift, Medizinische Hochschule Hannover.
- Schmid-Ott, G., Reibold, S., Ernst, G., Niederauer, H. H., Künsebeck, H. W., Schulz, W., Lamprecht, F. & Jäger, B. (2003). Development of a questionnaire to assess attitudes towards psychotherapeutic treatment, *Dermatology and Psychosomatics*, 4, 187-193.
- Schnabel, P.- E. (2001). Familie und Gesundheit: Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Schuler, H. (2001). Lehrbuch der Personenpsychologie. Goettingen: Hogrefe-Verlag.
- Schwarzer, R., Schüz, B. & Ziegelmann, J. P. (2006). Gesundheitspsychologie. In K. Pawlik (Ed.), *Handbuch Psychologie*, Berlin, New York: Springer-Verlag (S. 673-685).
- Schwenkmezger, P. (1994). Gesundheitspsychologie: Die entwicklungspsychologische Perspektive. In Schwenkmezger, P. & Schmidt, L. R. (Hrsgs.). *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Schwenkmezger, P. & Schmidt, L. R. (Hrsgs.). *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Ferdinand Enke Verlag: Stuttgart.

- Seligman, M. E. P. (2011). Der Glücks-Faktor: Warum Optimisten länger leben. Köln: Bastei-Verlag
- Sharon, A. L. (1991). Allocation of Investment in Work and Family Roles: Alternative Theories and Implications. *The Academy of Management Review*, 16 (3), 507-521.
- Shim, J.-S. (1999). The Confucian Difference: Yin/Yang Feminism in Korean Women's Dramas. *Theatre Research International*, 24 (3), 241-246.
- Sickendiek, U. & Nestmann, F. (2001). Frauen in der psychosozialen Versorgung und Psychiatrie. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch* (S. 661-687). Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort - low reward conditions at work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-43.
- Siegrist, J. (2002). Effort-reward imbalance at work and health. In Perrewe, P. L. & Ganster, D. C. (Hrsg.), *Research in Occupational Stress and Well Being. Historical and current perspectives on stress and health*. Amsterdam: JAI Press-Elsevier (S. 261-291).
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godian, I., Marmot, M., Niedhammer, I. et al. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons, *Social Science & Medicine*, 58 (8), 1483–1499.
- Sieverding, M. (1995). Die Gesundheit von Müttern – Ein Forschungsüberblick. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 4 (1), 6-16.
- Sosnowsky, N. (2007). Burnout-kritische Diskussion eines vielseitigen Phänomens. Im: Rothland, M. (Hrsg). *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf: Modelle, Befunde, Interventionen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH.
- Staines, G. L. (1980). Spillover Versus Compensation: A Review of the Literature on the

- Relationship Between Work and Nonwork, *Human Relations*, 33 (2), 111-129.
- Stosberg, M. (1994). Lebensqualität als Ziel und Problem moderner Medizin. In: Bellebaum, A. & Barheiner, K. (Hrsg., 1994). *Lebensqualität: Ein Konzept für Praxis und Forschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S.101 – 119.
- Stutz, E. Z., Cada, P., Kessler, P. & Achkermann-Liebrich, U. (2001). Risikofaktoren für psychische Erkrankungen bei Frauen. Im Buch von Soziale Faktoren und psychisches Wohlbefinden-, *Psychische Erkrankungen bei Frauen*, Karger Verlag, 103- 115.
- Theorell, T. & Karasek, R. A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of occupational health psychology*, 1 (1), 9-26.
- Trojan, A. & Legewie, H. (2000). *Gesundheitspsychologie: Gesundheitssoziologie, Theorie und Forschung zur Gesundheitsförderung*. Universität Hamburg, Technische Universität Berlin.
- Triandis, H. C., Bontempo, R., Villareal, M. J., Asai, M. & Lucca, M. (1988). Individualism and Collectivism: Cross-Cultural Perspectives Individualism and Collectivism: Cross-Cultural Perspectives on Self-Ingroup Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (2), 323-338.
- Triandis, H. C. (1995). *Individualism and Collectivism*. Boulder: Westview Verlag.
- Tuna, S. & Salman, R. (1999). Phänomene interkultureller Kommunikation im Begutachtungsprozess. In: J., Collatz, W., Hackhausen, R., Salman (Hrsg). *Begutachtung im interkulturellen Feld: Zur Lage der Migranten und zur Qualität ihrer sozialgerichtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland*. Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung, Reihe Forum Migration Gesundheit Integration Band 1 (S. 169-178).
- Ulich, E. & Wiese, B. S. (2011). *Life Domain Balance: Konzepte zur Verbesserung der Lebensqualität*. Gabler Verlag / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Yun, L.-H. (1994). Die Religion für Koreaner, Seoul: Munduksa.

Walter, E., Abel, T. & Niemann, S. (Hrsg., 2000). Gesundheit als Kontinuum: Eine explorative Analyse zu den Determinanten von Minder-, Normal- und Hochgesundheit. In Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts.

Walters, V., McDonough, P. & Strohschein, L. (2002). The influence of work, household structure, and social, personal and material resources on gender differences in health: An analysis of the 1994 Canadian national population health survey. *Social Science & Medicine*, 54(5), 677-692.

Weber, A. (2007). Psychosoziale Gesundheit im Beruf - Mensch, Arbeitswelt, Gesellschaft, Gentner. Stuttgart-Verlag.

Weber, A. (2007). Psychische Erkrankungen im Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft - Problembeschreibung und Handlungsoptionen für die Arbeitsmedizin. Österreichisches Forum Arbeitsmedizin, Ausgabe 2, 4-17.

Welbrink, A. & Franke, A. (2000). Zwischen Genuss und Sucht - das Salutogenesemodell in der Suchtforschung. In H. Wydler, P. Kolip & T. Abel (Hrsg.), Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts (S. 43 – 55). Weinheim: Juventa.

Widmer, K. & Bodenmann, G. (2000). Alltagsstress, Coping und Befindlichkeit: Paare im Geschlechtervergleich. *Medicine, Psychology and Social Sciences*, 9 (1), 17-26.

Wilensky, H. (1960). Work, careers and social integration. *International Social Science Journal*, 12 (4), 543-560.

Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2011). Klinische Psychologie & Psychotherapie (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Berlin, Heidelberg; Springer-Verlag.

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in

- Deutschland: Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz, 44, 993-1000.
- Wydler, H., Kolip, P. & Abel, T. (Hrsg., 2000). Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Xu L., Siegrist J., Cao, W., Li, L., Tomlinson, B. & Chan, J. (2004). Measuring job stress and family stress in Chinese working women: a validation study focusing on blood pressure and psychosomatic symptoms. Women Health, 39 (2), 31–46
- Zaugg, R. J. (2006). Work-Life Balance: Ansatzpunkte für den Ausgleich zwischen Erwerbs- und Privatleben aus individueller, organisationaler und gesellschaftlicher Sicht. Diskussionspapiere der WHL – Wissenschaftlichen Hochschule Lahr, aus <http://www.whl.akad.de/diskussionspapiere>.
- Zedeck, S. (1987). Work, Family, and Organizations: An Untapped Research Triangle. Working Paper Series, Institute for Research on Labor and Employment, UC Berkeley. <http://escholarship.org/uc/item/47v559vj>
- Zedeck, S. & Mosier, K. L. (1990). Work in the family and employing organization. American Psychologist, 45 (2), 240-251.
- Zimbardo & Gerrig (1996). Psychologie (6. Aufl.).
- Zwerenz, R., Knickenberg, R. J., Schattenburg, L. & Beutel, M. E. (2004). Berufliche Belastungen und Ressourcen berufstätiger Patienten der psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Rehabilitation, 43 (1), 10-16.

Anhang A:

Fragebögen in Deutschland

Anhang B:

Fragebögen in Südkorea

Anhang C:

Lebenslauf

**Institut für Psychologie:**

Abteilung Klinische Psychologie,
Psychotherapie und Diagnostik
Humboldtstr. 33
D-38106 Braunschweig

E-Mail: m.shin@tu-braunschweig.de

Handy: +49 176 8501 3449

Liebe Teilnehmerinnen,

vielen Dank, dass Sie an dieser Studie teilnehmen. Die folgende Befragung richtet sich nur an berufstätige Frauen. In dieser sollen die Risikofaktoren für seelische Erkrankungen berufstätiger Frauen ermittelt werden.

Zu Beginn jedes Abschnitts sind kurze Hinweise zum Beantworten der folgenden Fragen gegeben. Bitte lesen Sie diese sorgfältig durch und kreuzen Sie dann jeweils die Kästchen an, die Ihrer Meinung nach am ehesten auf Sie zutreffen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Es geht um Ihre persönliche Wahrnehmung. Antworten Sie spontan und ohne lange zu überlegen. Wichtig ist außerdem, dass Sie **alle Fragen beantworten und keine Frage auslassen**.

Ihre Antworten werden selbstverständlich streng vertraulich und nur in anonymisierter Form ausgewertet. Ein Rückschluss auf Ihre Person ist somit nicht möglich. Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich an!

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen

Min Ah Shin (Dipl. – Psychologin)

Codenummer (Tragen Sie bitte nicht ein!)			
Datum			
Alter			
Sind Sie verheiratet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Haben Sie Kinder?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Schulabschluss		Haushalts-einkommen	
Kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	Unter 1000 €	<input type="checkbox"/>
Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	1000 € bis unter 1500 €	<input type="checkbox"/>
Realschule	<input type="checkbox"/>	1500 € bis unter 2000 €	<input type="checkbox"/>
Abitur mit Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/>	2000 € bis unter 2500 €	<input type="checkbox"/>
Abgeschlossene Berufsausbildung Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		2500 € bis unter 3000 €	<input type="checkbox"/>
		3000 € bis unter 3500 €	<input type="checkbox"/>
		3500 € und mehr	<input type="checkbox"/>

Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	
Haben Sie früher einmal geraucht?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	
Wie viele Zigaretten rauch(t)en Sie im Allgemeinen pro Tag?	≤ 10 <input type="checkbox"/>	11 – 20 <input type="checkbox"/>	21 – 30 <input type="checkbox"/>	31 < <input type="checkbox"/>
Wie viele Jahre rauch(t)en Sie?	(bitte Zahl eintragen)	_____		

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?	(bitte Zahl eintragen)	_____		
Wie viele Stunden halten Sie für ausreichend?	4 - 5	6 - 7	8 - 9	10 oder mehr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trinken Sie Alkohol?	nein	selten	gelegentlich	regelmäßig	täglich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viele Gläser Alkohol sind es im Durchschnitt?	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	6 <
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Art Alkohol trinken Sie überwiegend?	Bier/ Wein/ Sekt	Spirituosen (Likör, Wodka, Schnaps, Whiskey...)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nein	selten	geleg- entlich	regel- mäßig	täglich
Nehmen Sie Beruhigungs- oder Schlafmittel ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Aufputschmittel oder Antidepressiva ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Schmerzmittel ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie andere Medikamente zur Behandlung von chronischen Erkrankungen ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Symptom Checkliste (BSI)

Wie sehr litten Sie <u>in den letzten sieben Tagen</u> unter....?	über- haupt nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	sehr stark
1. Nervosität oder innerem Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. der Idee, dass irgend jemand Macht über ihre Gedanken hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Herz- oder Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Frucht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. schlechtem Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sehr litten Sie <u>in den letzten sieben Tagen</u> unter....?	über- haupt nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	sehr stark
13. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Einsamkeitsgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Schwermut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Einschlafschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Hitzewallungen oder Kälteschauern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Leere im Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. dem Gefühl, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden Sollten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Gedanken an den Tod und ans Sterben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sehr litten Sie <u>in den letzten sieben Tagen</u> unter....?	über- haupt nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	sehr stark
40. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder Ihm Schmerz zuzufügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Abneigung gegen Menschenmengen z.B. beim Einkaufen oder im Kino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Schreck- oder Panikanfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. dem Gefühl, dass die Leute Sie anzuschauen, wenn Sie es zulassen würden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Schuldgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen zur beruflichen Rollenqualität (FRQ-B; Maurischat & Mittag, 2004)

Wie zufrieden stellend sind die folgenden Bereiche Ihrer <u>beruflichen Tätigkeit</u> für Sie?	überhaupt nicht			im höchsten Maße
Kontakt und Austausch mit Kollegen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Anerkennung und Selbstbestätigung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Angemessene Bezahlung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
In der Firma gebraucht werden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Lob vom Vorgesetzten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Lob von Kollegen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Möglichkeit, zu lernen und sich zu entwickeln	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Interessen und Fähigkeiten einsetzen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sicherheit des Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Aufstiegsmöglichkeiten, Karriere	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Aus dem Haus kommen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Wie belastend sind folgende Bereiche Ihrer <u>beruflichen Tätigkeit</u> für Sie?	überhaupt nicht			im höchsten Maße
Überlastung; Zeitdruck; Arbeitstempo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Langeweile; Monotonie; Unterforderung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Belastung durch Lärm, Hitze, Kälte, Nässe etc.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Unangenehme oder einseitige Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwere körperliche Arbeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ungünstige Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Zu starke Reglementierung oder Kontrolle	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Fehlendes Lob oder Anerkennung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Konflikte mit Vorgesetzten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Konflikte mit Kollegen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schlechte Bezahlung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Unsicherheit des Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

in Jahren	<1	1-5	6-10	11-20	21-40	>40
Anzahl der Berufsjahre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Fragebogen zur Rollenqualität von Partnerschaft (FRQ-P; Maurischat, Herwig, Bengel & Mittag, 2005)

	gar nicht	kaum	mittel	ziem- lich	sehr
Im Allgemeinen: Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Partnerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden stellend sind die folgenden Bereiche Ihrer <u>Partnerschaft</u> für Sie?	überhaupt nicht			im höchsten Maße
Austausch mit dem Partner	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Dinge gemeinsam entscheiden können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Zärtlichkeit, Sexualität	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Versorgt bzw. umsorgt sein	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gemeinsame Aktivitäten (Freizeit etc)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Nicht allein sein	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Wie belastend sind folgende Bereiche Ihrer <u>Partnerschaft</u> für Sie?	überhaupt nicht			im höchsten Maße
Offener Streit mit dem Partner	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Konflikte und Meinungsverschiedenheiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Fehlende Zuneigung und Liebe	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Untreue des Partners	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Störende Angewohnheiten des Partners	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Finanzielle Sorgen und Probleme	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Fehlendes Verhältnis	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

	gar nicht	kaum	mittel	ziem- lich	sehr
Haben Sie den Eindruck, ihre Partnerschaft kommt zu kurz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Würden Sie sagen, die Rollenverteilung in ihrer Partnerschaft ist ausgeglichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sie den Eindruck ihr Partner ist stolz auf Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

in Jahren	< 1	1-5	6-10	11-20	21- 40	> 40
Dauer der Partnerschaft	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Fragebogen zur Rollenqualität von Elternschaft (FRQ-E; Maurischat, Herwig, Bengel & Mittag, 2005)

Wie zufrieden stellend sind die folgenden Bereiche Ihrer <u>Elternschaft</u> für Sie?	überhaupt nicht			im höchsten Maße
Erleben, wie die Kinder groß werden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Von den Kindern gebraucht werden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Austausch mit den Kindern	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Verantwortung für die Kinder	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Eigene Erfahrungen weitergeben können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Dem eigenen Leben Bedeutung geben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Wie belastend sind folgende Bereiche Ihrer <u>Elternschaft</u> für Sie?	überhaupt nicht			im höchsten Maße
Sorge um Gesundheit/ Sicherheit der Kinder	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Wie belastend sind folgende Bereiche Ihrer <u>Elternschaft</u> für Sie?	überhaupt nicht			im höchsten Maße
Schulprobleme der Kinder	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sorge um berufliche Zukunft der Kinder	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Verantwortung, Verpflichtungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Streitereien/ Zankerei unter den Kindern	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Lärm; Durcheinander, Unordnung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Konflikte mit den Kindern	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Kinder kümmern sich zu wenig/ helfen zu wenig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Enttäuschung über Entwicklung der Kinder	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Anzahl	0	1	2	3	4	5-6	7<
Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Fragebogen zur Rollenqualität von Hausarbeit (FRQ-H; IQPR)

Wie zufrieden stellend sind die folgenden Bereiche Ihrer <u>Haushaltstätigkeit</u> für Sie?	stimmt überhaupt nicht			stimmt im höchsten Maße
Ich erfahre Unterstützung durch den/ die PartnerIn	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ich glaube, dass ich die Hausarbeit besser erledige als mein/ meine PartnerIn, dass mir diese Arbeiten leicht von der Hand gehen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Es macht mir nicht viel aus, den Haushalt zu führen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ich bekomme für die Hausarbeit Anerkennung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Wie zufrieden stellend sind die folgenden Bereiche Ihrer <u>Haushaltstätigkeit</u> für Sie?	stimmt überhaupt nicht			stimmt im höchsten Maße
Ich fühle, dass ich gebraucht werde	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ich bekomme Lob von Nahestehenden (PartnerIn, Familie etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ich bin zu Hause für die Schaffung einer guten Stimmung zuständig.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Wie belastend sind folgende Bereiche Ihrer <u>Haushaltstätigkeit</u> für Sie?	überhaupt nicht			im höchsten Maße
Ich wünsche mir, dass mein/ meine PartnerIn im Haushalt mehr tut.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ich erledige den überwiegenden Teil der Hausarbeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ich fühle mich unterfordert. Mich langweilt die Hausarbeit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Mein/ meine PartnerIn drückt sich vor der Hausarbeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Wegen der Hausarbeit habe ich niemals Feierabend.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ich fühle mich während der Hausarbeit einsam	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Arbeit außerhalb der Wohnung im Beruf wird als bedeutsamer angesehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

in Stunden	0-0,5	1	2-3	4-6	7-10	11-12	über 12
Wie viel Zeit verbringen Sie durchschnittlich täglich mit Hausarbeit?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM; Schaarschmidt & Fischer, 1996)

Wir bitten Sie, einige ihrer üblichen Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten zu beschreiben, wobei vor allem auf Ihr Arbeitsleben Bezug genommen wird. Dazu finden Sie im Folgenden eine Reihe von Aussagen.

Lesen Sie jeden dieser Sätze gründlich durch und entscheiden Sie, in welchem Maße er auf Sie persönlich zutrifft.

Bitte kreuzen Sie das jeweilige Kästchen an:

Beispiel	trifft völlig zu	trifft überwie gend zu	teils teils	trifft überwie gend nicht zu	trifft überha upt nicht zu
Mich bringt so leicht nichts aus der Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft völlig zu	trifft überwie gend zu	teils teils	trifft überwie gend nicht zu	trifft überha upt nicht zu
1. Die Arbeit ist für mich der wichtigste Lebensinhalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich möchte beruflich weiter kommen, als es die meisten meiner Bekannten geschafft haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wenn es sein muss, arbeite ich bis zur Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Meine Arbeit soll stets ohne Fehl und Tadel sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zum Feierabend ist die Arbeit für mich vergessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wenn ich keinen Erfolg habe, resigniere ich schnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Für mich sind Schwierigkeiten dazu da, dass ich sie überwinde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mich bringt so leicht nichts aus der Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mein bisheriges Berufsleben war recht erfolgreich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mit meinem bisherigen Leben kann ich zufrieden sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft völlig zu	trifft überwie- gend zu	teils teils	trifft überwie- gend nicht zu	trifft überha- upt nicht zu
11. Mein Partner/meine Partnerin ¹ zeigt Verständnis für meine Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Die Arbeit ist mein ein und alles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Berufliche Karriere bedeutet mir wenig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bei der Arbeit kenne ich keine Schonung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich kontrolliere lieber noch dreimal nach, als dass ich fehlerhafte Arbeitsergebnisse abliefern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Auch in der Freizeit beschäftigen mich viele Arbeitsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Misserfolge kann ich nur schwer verkraften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wenn mir etwas nicht gelingt, sage ich mir: Jetzt erst recht!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich bin ein ruheloser Mensch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. In meiner bisherigen Berufslaufbahn habe ich mehr Erfolge als Enttäuschung erlebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Im großen und ganzen bin ich glücklich und zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Meine Familie interessiert sich nur wenig für meine Arbeitsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich könnte auch ohne meine Arbeit ganz glücklich sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Was meine berufliche Entwicklung angeht, so halte ich mich für ziemlich ehrgeizig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich arbeite wohl mehr als ich sollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Bei meiner Arbeit habe ich den Ehrgeiz, keinerlei Fehler zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Nach der Arbeit kann ich ohne Probleme abschalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Berufliche Fehlschläge können mich leicht entmutigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Misserfolge werfen mich nicht um, sondern veranlassen mich zu noch stärkerer Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ bzw. die Person, zu der die engste persönliche Beziehung besteht

	trifft völlig zu	trifft überwie- gend zu	teils teils	trifft überwie- gend nicht zu	trifft überha- upt nicht zu
30. Ich glaube, dass ich ziemlich hektisch bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Wirkliche berufliche Erfolge sind mir bisher versagt geblieben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ich habe allen Grund, meine Zukunft optimistisch zu sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Von meinem Partner/meiner Partnerin ² wünsche ich mir mehr Rücksichtnahme auf meine beruflichen Aufgaben und Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ich brauche die Arbeit wie die Luft zum Atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ich strebe nach höheren beruflichen Zielen als die meisten anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ich neige dazu, über meine Kräfte hinaus zu arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Was immer ich tue, es muss perfekt sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Feierabend ist Feierabend, da verschwende ich keinen Gedanken mehr an die Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Wenn ich in der Arbeit erfolglos bin, deprimiert mich das sehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ich bin mir sicher, dass ich auch die künftigen Anforderungen des Lebens gut bewältigen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ich glaube, ich bin ein ruhender Pol in meinem Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. In meiner beruflichen Entwicklung ist mir bisher fast alles gelungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Ich kann mich über mein Leben in keiner Weise beklagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Bei meiner Familie finde ich jede Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ich wüsste nicht, wie ich ohne Arbeit leben sollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Für meine berufliche Zukunft habe ich mir viel vorgenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Mein Tagesablauf ist durch chronischen Zeitmangel bestimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

² bzw. die Person, zu der die engste persönliche Beziehung besteht

	trifft völlig zu	trifft überwie- gend zu	teils teils	trifft überwie- gend nicht zu	trifft überha- upt nicht zu
48. Für mich ist die Arbeit erst dann getan, wenn ich rundum mit dem Ergebnis zufrieden bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Arbeitsprobleme beschäftigen mich eigentlich den ganzen Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Ich verliere leicht den Mut, wenn ich trotz Anstrengung keinen Erfolg habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Ein Misserfolg kann bei mir neue Kräfte wecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ich kann mich in fast allen Situationen ruhig und bedächtig verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Mein bisheriges Leben ist durch beruflichen Erfolg gekennzeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Von manchen Seiten des Lebens bin ich ziemlich enttäuscht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Manchmal wünsche ich mir mehr Unterstützung durch die Menschen meiner Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Es gibt Wichtigeres im Leben als die Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Beruflicher Erfolg ist für mich ein wichtiges Lebensziel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. In der Arbeit verausgabe ich mich stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Es widerstrebt mir, wenn ich eine Arbeit abschließen muss, obwohl sie noch verbessert werden könnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Meine Gedanken kreisen fast nur um die Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Wenn ich irgendwo versagt habe, kann mich das ziemlich mutlos machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Wenn mir etwas nicht gelingt, bleibe ich hartnäckig und strenge mich umso mehr an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Hektik und Aufregung um mich herum lassen mich kalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Meine beruflichen Leistungen können sich sehen lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Es dürfte nur wenige glücklichere Menschen geben als ich es bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Wenn ich mal Rat und Hilfe brauche, ist immer jemand da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Efford-Reward-Imbalance (ERI; Siegrist, 1996)

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihren derzeitigen bzw. letzten Beruf. Bitte geben Sie für jede der Fragen die zutreffende Antwort an (bitte nur eine Antwort ankreuzen).

Nein	Ja, und das belastet mich gar nicht	Ja, und das belastet mich mäßig	Ja, und das belastet mich stark	Ja, und das belastet mich sehr stark			
①	②	③	④	⑤			
1. Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck			①	②	③	④	⑤
2. Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.			①	②	③	④	⑤
3. Bei meiner Arbeit habe ich viel Verantwortung zu tragen.			①	②	③	④	⑤
4. Ich bin häufig gezwungen, Überstunden zu machen.			①	②	③	④	⑤
5. Meine Arbeit ist körperlich anstrengend.			①	②	③	④	⑤
6. Im Lauf der letzten Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden.			①	②	③	④	⑤
Ja	Nein, und das belastet mich gar nicht	Nein, und das belastet mich mäßig	Nein, und das belastet mich stark	Nein, und das belastet mich sehr stark			
①	②	③	④	⑤			
7. Ich erhalte von meinen Vorgesetzten die Anerkennung, die ich verdiene.			①	②	③	④	⑤
8. Ich erhalte von meinen Kollegen die Anerkennung, die ich verdiene.			①	②	③	④	⑤
9. Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung.			①	②	③	④	⑤

Nein	Ja, und das belastet mich gar nicht	Ja, und das belastet mich mäßig	Ja, und das belastet mich stark	Ja, und das belastet mich sehr stark		
①	②	③	④	⑤		
10. Ich werde bei meiner Arbeit ungerecht behandelt.			①	②	③	④
11. Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht.			①	②	③	④
12. Ich erfahre - oder erwarte - eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation.			①	②	③	④
13. Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet.			①	②	③	④

Ja	Nein, und das belastet mich gar nicht	Nein, und das belastet mich mäßig	Nein, und das belastet mich stark	Nein, und das belastet mich sehr stark		
①	②	③	④	⑤		
14. Wenn ich an meine Ausbildung denke, halte ich meine berufliche Stellung für angemessen.			①	②	③	④
15. Wenn ich an alle die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen.			①	②	③	④
16. Wenn ich an alle die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen.			①	②	③	④
17. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt / meinen Lohn für angemessen.			①	②	③	④

Bitte geben Sie an, in welchem Maße Sie diesen Aussagen zustimmen oder sie ablehnen.	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es passiert mir oft, dass ich schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie an, in welchem Maße Sie diesen Aussagen zustimmen oder sie ablehnen.	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
4. Diejenigen, die mir am nächsten stehen sagen, ich opfere mich zu sehr für meinen Beruf auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Arbeit lässt mich selten los, das geht mir abends noch im Kopf rum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wenn ich etwas verschiebe, was ich eigentlich heute tun müsste, kann ich nachts nicht schlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF; Becker, 1989)

Dieser Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Gedanken, Gefühle und Einstellungen, die Sie mehr oder weniger häufig zeigen. Sie sollen jeweils angeben, wie **häufig** die entsprechenden Verhaltensweisen, Gefühle und Gedanken bei ihnen auftreten. Zu diesem Zweck setzen Sie bitte ein Kreuz in eine der vier vorgegebenen Antwortkategorien „immer“, „oft“, „manchmal“ und „nie“.

Beispiel:	immer	oft	manch- mal	nie
An meinem Geburtstag lade ich meine Freunde (Freundinnen) ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beantworten Sie bitte alle Fragen! Wählen Sie jeweils jene der vier vorgegebenen Antwortkategorien, die am besten auf Sie zutrifft. Mehrere Aussagen haben einen ähnlichen Wortlaut oder Sinn wie vorangehende Aussagen. Bitte nehmen Sie auch zu diesen Aussagen Stellung, selbst wenn Sie den Eindruck haben, diese Frage schon einmal beantwortet zu haben.

	immer	Oft	manch- mal	nie
1. Ich gehe großem Trubel und Aufregungen (...) aus dem Weg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wenn es etwas Wichtiges zu entscheiden gibt, weiß ich (...) genau, was ich will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich fühle mich ... einsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich verhalte mich ... so, dass man mich für egoistisch halten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich fühle mich dem Leben und seinen Schwierigkeiten eigentlich (...) gut gewachsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich langweile mich (...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich bin (...) voller Begeisterung, geradezu überschwänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich bin (...) gut in der Lage, meine Interessen selbst zu vertreten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mir gehen (...) Sachen schief.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich verhalte mich (...) nach der Devise: Vorsichtig sein und wenig erwarten ist besser als sorglos leben und immer Erfolg erwarten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. In beruflichen und privaten Angelegenheiten bin ich (...) erfolgreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mich überkommt (...) ein Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich verhalte mich (...) ungestüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich fühle mich anderen Menschen (...) unterlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	Oft	manch -mal	nie
15. Mich beschäftigt (...) der Gedanke, dass ich vieles falsch gemacht habe im Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich plane (...) sorgfältig und auf lange Sicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich lasse mich (...) leicht von anderen beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich zweifle (...) ob meine Gesprächspartner auch wirklich an dem interessiert sind, was ich sage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich verlasse mich (...) auf vorsichtiges Abwägen, wenn ich Entscheidungen treffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich habe (...) ein Gefühl der Teilnahmslosigkeit und inneren Leere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Es kommt (...) vor, dass ich bei einem Thema so empfindlich bin, dass ich nicht darüber sprechen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Auseinandersetzungen mit anderen Menschen gehe ich (...) aus dem Weg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich blicke (...) voller Zuversicht in die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich habe (...) das Gefühl, dass andere Menschen mich öfter kritisieren als loben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Nach einer anstrengenden Tätigkeit achte ich (...) sehr darauf, mich zu erholen und meine Kräfte zu schonen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Wenn ich in eine schwierige Situation gerate, vertraue ich (...) auf meine Fähigkeit, sie zu meistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich fühle mich (...) von anderen Menschen missverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ich werde (...) von neuen, aufregenden Ideen so gefesselt, dass ich mögliche Nachteile vergesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ich fühle mich (...) voller Energie und Tatkraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Der Gedanke, dass mein Leben sinnlos sein könnte, ist mir (...) gekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Es ist (...) besser, anderen Menschen gegenüber auf der Hut zu sein, als vertrauensvoll auf sie zuzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ich habe (...) Grund, über mangelnde Beschäftigung zu klagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Menschen, die sich einen hohen Grad von Eigenwilligkeit und Ungezügtheit bewahrt haben, sind mir (...) sympathisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Meine Stimmung ist (...) gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ich habe (...) einen Minderwertigkeitskomplex.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ich handele (...) bedächtig und wohlüberlegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Es kommt (...) vor, dass ich mich selbst nicht ausstehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Ich bin (...) in guter körperlicher und seelischer Verfassung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	Oft	manch -mal	nie
39. Ich fühle mich (...) als Versager, wenn ich von dem Erfolg eines guten Bekannten höre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ich bin an Fragen der Gesundheitsvorsorge (...) stark interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ich habe (...) das Gefühl, dass mir alles zuviel ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Ich gebe mich (...) gerne in Situationen über deren Verlauf ich nicht Bescheid weiß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Es gelingt mir (...) gut, meine Bedürfnisse zu befriedigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Ich tanze (...) gerne aus der Reihe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ich handle (...) nach der Devise, dass ich für mein Glück selbst verantwortlich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Es fällt mir (...) schwer, meine Gedanken bei einer Aufgabe oder einer Arbeit zu behalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Ich lasse mich von anderen (...) leicht einschüchtern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Ein Leben, das in gewohnten Bahnen verläuft, ist für mich (...) langweilig und ohne Reiz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Es gelingt mir (...) gut, meine Bedürfnisse zu befriedigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Ich habe (...) einen „Minderwertigkeitskomplex“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. In Gesellschaft fühle ich mich (...) etwas unbeholfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen zur Einstellungen gegenüber Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe (FEP; Ditte, Schulz & Schmid-Ott, 2006)

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Aussagen, mit denen man seine Einstellungen beschreiben kann. Bedenken Sie bei Ihren Antworten, dass es nicht darum geht, welche Antwort "den besten Eindruck" macht, sondern darum, dass Sie sich selbst möglichst genau beschreiben. Kreuzen Sie bitte jeweils die Antwort an, die zurzeit für Sie zutrifft (pro Frage jeweils ein Kreuz). Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. **Bitte achten Sie darauf, alle Fragen zu beantworten.**

		Ich stimme nicht zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme eher zu	Ich stimme zu
1	Es gibt seelische Probleme, die man nur mit Hilfe eines Psychotherapeuten lösen kann.	①	②	③	④
2	Ich denke, dass mich viele für "verrückt" halten könnten, wenn sie erfahren, dass ich eine Psychotherapie mache.	①	②	③	④
3	Ich habe schon Gutes von der Hilfe und Einflussnahme von Psychotherapeuten gehört.	①	②	③	④
4	Wenn ich über einen längeren Zeitraum erhebliche seelische Probleme habe, kann ein Psychotherapeut eher als ich selber die Ursachen dafür feststellen.	①	②	③	④
5	Es ist mir unangenehm, mit meinen Bekannten über meine seelischen Probleme zu sprechen.	①	②	③	④
6	Andere könnten denken, dass ich mir meine Beschwerden einbilde, wenn keine körperlichen Ursachen dafür gefunden wurden.	①	②	③	④

7	Ich fürchte, dass sich meine Bekannten und Freunde zurückziehen, wenn sie erfahren, dass ich zu einem Psychotherapeuten gehe.	①	②	③	④
8	Ich gehe davon aus, dass ein Psychotherapeut gelernt hat, sich einem seelisch Notleidenden gegenüber richtig und hilfreich zu verhalten.	①	②	③	④
9	Bei schwerwiegenden seelischen Problemen kann eine Psychotherapie hilfreich für mich sein.	①	②	③	④
10	Meine Bekannten könnten ruhig wissen, wenn ich einen Psychotherapeuten aufsuche.	①	②	③	④
11	Jemand, der dafür ausgebildet ist, kann mir eher als andere Menschen einen Weg aus einer seelischen Krise weisen.	①	②	③	④



Department of Clinical Psychology,
Psychotherapy and Diagnostic
Humboldtstr. 33
38106 Braunschweig, Germany
E-Mail: m.shin@tu-brunschweig.de

안녕하십니까?

바쁘신 와중에 이렇게 설문에 응해주셔서 감사합니다.

저는 독일 브라운 슈바익 (Braunschweig) 심리학 박사과정/임상심리치료 수련과정에 있는 신민아입니다. 본 설문은 직장인 여성을 대상으로 정신건강의 위험요소에 대한 독일과 한국의 비교연구를 목적으로 작성되었습니다. 여러분들께서 응답하시는 내용은 개별적으로 알려지거나, 통계적 목적 이외에 다른 용도로 이용되는 일은 결코 없으니, 잠시 시간을 내시어 부디 솔직하고, 성실하게 응답해 주시기를 부탁 드립니다. 미혼인 경우 혹은 자녀가 없으신 경우 해당사항에만 설문에 응해주시면 감사하겠습니다. 본 조사와 관련된 문의사항이 있으시면 아래로 연락 주시기 바랍니다:

이메일: m.shin@tu-brunschweig.de

핸드폰: 011 513 9648

다시 한 번 참여해 주셔서 감사 드립니다.

신민아 드림.

1. 귀하의 나이는 몇 살입니까? 만 _____세
2. 귀하의 결혼 유무는? ① 유 ② 무
3. 귀하의 자녀 유무는? ① 유 ② 무
4. 귀하의 교육수준은? ① 중졸 ② 고졸 ③ (초) 대졸 ④ 대학원 (석사) 졸업 ⑤ 박사졸업이상
5. 본인을 포함한 가정의 평균 월수입은?
 ① 100-150 만원 ② 150-200만원 ③ 200-250만원 ④ 250-300만원
 ⑤ 300만원- 350만원 ⑥ 350-400만원 ⑦ 400-450만원 ⑧ 450-500만원 ⑨ 500만원이상
6. 귀하의 흡연여부는? ① 유 ② 무
 6.1 만약 흡연을 하신다면, 하루에 평균 몇 개피의 담배를 피우십니까? _____
7. 귀하의 평균 수면시간은? 평균_____시간
 7.1 귀하가 생각하시는 충분한 수면시간은?
 ① 4-5시간 ② 6-7시간 ③ 8-9시간 ④ 10시간 이상
8. 음주를 하십니까? ① 아니오 ② 네
 8.1. 음주를 하신다면 얼마나 자주 하십니까?
 ① 아주 가끔 ② 일상적 친목모임 ③ 규칙적으로 ④ 매일
9. 수면제를 복용하십니까?
 ① 아니오 ② 거의 복용하지 않는다 ③ 가끔 ④ 규칙적으로 ⑤ 매일
10. 항우울제를 복용하십니까?
 ① 아니오 ② 거의 복용하지 않는다 ③ 가끔 ④ 규칙적으로 ⑤ 매일
11. 진통제를 복용하십니까?
 ① 아니오 ② 거의 복용하지 않는다 ③ 가끔 ④ 규칙적으로 ⑤ 매일
12. 지병으로 인한 약물을 복용하고 계십니까?
 ① 아니오 ② 거의 복용하지 않는다 ③ 가끔 ④ 규칙적으로 ⑤ 매일

I. 증상 체크리스트 (Brief Symptom Inventory; Derogatis, 2000)

최근 지난 1 주일 사이 아래와 같은 증상을 가졌나요?					
	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	어느 정도 그렇다	상당히 그렇다	매우 그렇다
1. 긴장 혹은 심리적 불안감					
2. 무기력증과 현기증					
3. 누군가가 나의 생각에 영향을 미치고 있다는 생각이 든다.					
4. 다른 누군가가 내가 겪는 대부분의 어려운 일에 대해 책임을 져야 한다는 느낌이 든다.					
5. 기억력 저하					
6. 쉽게 짜증이 나고 화가 난다.					
7. 속 쓰림 혹은 가슴통증					
8. 공공 장소나 길거리에서의 불안감					
9. 삶을 포기하고 싶은 생각					
10. 대부분의 사람들을 믿을 수 없을 것 같다는 느낌이 든다.					
11. 식욕감퇴					
12. 이유 없이 갑작스러운 놀람					
13. 감정적으로 확 풀어짐					
14. 사람들 사이에 있음에도 외로움을 느낀다.					
15. 어떤 일을 시작하는 것은 어렵다고 느낀다.					
16. 외로움					
17. 우울함					
18. 어떤 것에도 흥미를 느끼지 못한다.					
19. 의기소침함					
20. 감정적으로 상처받기 쉽다.					
21. 사람들이 내게 불친절하거나 나를 못 견뎌 하는 것 같은 느낌이 든다.					
22. 다른 사람에 대한 열등감에 시달린다.					
23. 메스꺼움이나 소화불량					
24. 다른 사람이 나를 무시하거나 나에 대한 뒷담화를 한다는 느낌이 든다.					
25. 쉽게 잠들지 못한다.					
26. 내가 한 일은 다시 꼭 확인해 봐야 한다는 강박관념을 가지고 있다.					
27. 결정을 쉽게 내리지 못한다.					
28. 대중교통이용에 대해 두려움을 가지고 있다.					

	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	어느 정도 그렇다	상당히 그렇다	매우 그렇다
30. 갑자기 열이 오르거나 혹은 몸에 한기가 든다.					
31. 꼭 해야 할 일/어떤 명확한 일/장소 등으로 인해 두려움을 가진 적이 있기 때문에 이것들을 멀리한다.					
32. 머리 속이 텅 빈 것 같다.					
33. 신체의 어느 한 부위가 저리고, 쥐가 난 듯한 느낌이 든다.					
34. 나의 실수로 인해 벌을 받아야 할 것 같은 느낌이 든다.					
35. 미래에 대한 절망감					
36. 집중을 하기가 힘들다.					
37. 내 신체 일부에 대해 나약감이 든다.					
38. 긴장되거나 불안한 상태이다.					
39. 죽음에 대한 생각을 한다.					
40. 누군가를 때리거나, 해를 입히고 싶다는 충동이 든다.					
41. 어떤 것을 부수고 싶다는 충동이 든다.					
42. 주변의 어떤 다른 것에 대한 강한 편견을 가지고 있다.					
43. 사람들이 많은 장소 (예: 극장, 슈퍼)를 피한다.					
44. 어떤 사람과 진심으로 친하다는 듯한 느낌을 갖지 못했다.					
45. 특별한 이유 없이 극도의 불안에 빠진 상태를 경험한 적이 있다.					
46. 논의/논쟁에서 자주 충돌하는 경향이 있다.					
47. 혼자 있을 경우 불안함을 경험한 적이 있다.					
48. 다른 사람들에게 내 업무의 성과를 제대로 인정받지 못한다.					
49. 심하게 안절부절 해서, 한 곳에 오래 앉아있지 못한다.					
50. 내 자신이 하찮게 여겨진다.					
51. 만약 다른 사람들의 부탁을 잘 수락한다면 다른 사람들이 당신을 이용할 것 같은 느낌이 든다.					
52. 죄책감이 든다.					
53. 내 판단으로 미뤄볼 때 무엇인가 올바르게 않다는 생각이 든다.					

II. 직업의 만족도에 관한 설문 (Maurischat & Mittag, 2004)

직장에서 아래와 같은 부분들에 얼마나 만족을 느끼십니까?	전혀 그렇지 않다			매우 그렇다.
1. 동료와의 관계와 정보교환	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. 인정과 자기존재 확인	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. 적절한 보수를 받는다	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. 직장 내에서 필요한 존재라는 인식	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. 상사의 칭찬	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. 동료들의 칭찬	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. 배우고, 자아계발을 할 수 있는 가능성	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. '흥미와 능력을 발휘할 수 있는 장'이라는 인식	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. 직장의 안정성	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10. 승진의 기회	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11. 집에서의 거리	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

직장에서 아래와 같은 부분들에 얼마나 불만족을 느끼십니까?	전혀 그렇지 않다			매우 그렇다
1. 과로, 시간적 압박	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. 지루함, 일의 단조로움	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. 소음, 부적절한 실내온도 등으로부터 오는 부담	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. 불편함이나 일방적인 업무	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. 어려운 육체적인 노동	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. 형평성에 어긋난 업무시간	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. 강한 조직화나 직장 내의 단속	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. 부족한 칭찬이나 인정	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. 상사와의 충돌	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10. 동료와의 충돌	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11. 알맞지 않은 보수	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12. 직장의 불안정성	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

직장 생활을 하신지 몇 년 째 되십니까?	<1	1-5	6-10	11-20	21-40	>40
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Ⅲ. 배우자의 만족도에 관한 설문 (Maurischat, Herwig, Bengel & Mittag, 2005)

귀하의 배우자에 대해 전체적으로 얼마나 만족하십니까?	전혀				매우
	그렇지 않다				그렇다
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
배우자에게 아래와 같은 부분들에 얼마나 만족을 느끼십니까?	전혀				매우
	그렇지 않다				그렇다.
1. 서로 주고 받음	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
2. 공동으로 결정할 수 있는 것	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
3. 애정과 성적만족	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4. 관심 받고, 지원받는 것	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
5. 배우자와 함께 보내는 여가시간	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
6. 혼자 있지 않고 누군가와 함께 있는 것	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

배우자에게 아래와 같은 부분들에 얼마나 불만족을 느끼십니까?	전혀				매우
	그렇지 않다				그렇다.
1. 배우자와의 잦은 충돌	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
2. 견해의 차이와 의견 충돌	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
3. 애정결핍과 부족한 사랑	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4. 배우자에 대한 불신	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
5. 배우자가 가진 나쁜 습관들	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
6. 재정적인 걱정과 문제	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
7. 부족한 성관계	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

배우자와 관련된 질문들입니다.	전혀				매우
	그렇지 않다				그렇다.
1. 배우자와 조만간 헤어질 것 같다는 느낌이 드십니까?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. 역할분담이 공평하다고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. 배우자가 귀하에 대해 자부심을 가진다는 느낌이 드십니까?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

배우자와 결혼 하신 지 몇 년 째 되십니까?	<1	1-5	6-10	11-20	21-40	>40
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

IV. 부모로서의 만족도를 위한 설문 (Maurischat, Herwig, Bengel & Mittag, 2005)

부모자식관계에게 아래와 같은 부분들에 얼마나 만족을 느끼십니까?	전혀 그렇지 않다	매우 그렇다.
1. 자녀의 성장과정에 대한 경험	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
2. 자녀에게 필요한 존재인 것	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
3. 자녀와의 상호교감	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
4. 자녀에 대한 책임감	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
5. 자신의 경험을 자녀에게 물려줄 수 있는 것	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
6. 부모라는 역할을 통해 자신의 인생에 의미를 부여하는 것	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	

부모자식관계에게 아래와 같은 부분에 얼마나 불만족을 느끼십니까?	전혀 그렇지 않다	매우 그렇다.
1. 자녀의 건강/안전에 대한 걱정	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
2. 자녀의 학교문제	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
3. 자녀의 미래의 직업 걱정	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
4. 자녀에 대한 책임감	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
5. 자녀들 사이에서의 다툼	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
6. 소음, 혼란, 난잡	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
7. 또래집단과의 갈등	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
8. 자녀들로부터 받는 협력이 부족하다.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
9. 자녀의 발전에 대한 실망	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
자녀의 수	0 1 2 3 4 5-6 7이상	
가정에 있는 자녀의 수는 몇 명입니까?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	

V. 가사노동의 만족도에 관련된 설문 (Maurischat, Herwig, Bengel & Mittag, 2005)

가사노동에서 아래와 같은 부분들에 얼마나 만족을 느끼십니까?	전혀 그렇지 않다	매우 그렇다
1. 배우자로부터 도움을 받는다.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
2. 내가 나의 배우자보다 더 가사노동을 잘 한다고 생각한다.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
3. 가사노동을 하는 것은 나에게 힘든 일이 아니다.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
4. 가사노동을 통해 인정을 받는다.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
5. 나를 필요로 하는 듯한 느낌을 받는다.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
6. 나의 가족/배우자로부터 칭찬을 받는다.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
7. 나는 가정에서 화목을 이루어야 할 책임이 있다.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	

가사노동에서 아래와 같은 부분들에 대해 얼마나 불만족을 느끼십니까?	전혀 그렇지 않다			매우 그렇다.
1. 배우자가 더 많은 가사노동을 하길 원한다.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. 가사노동의 대부분은 내가 한다.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. 가사노동이 단조로워서 어려움을 못 느낀다.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. 배우자는 가사노동을 회피한다.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. 가사노동으로 인해 나는 휴일이 없다.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. 가사노동을 할 때 나는 외로움을 느낀다.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. 가정 외 직장에서의 일은 나에게 더 큰 의미를 부여한다.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

시간	0-0,5	1	2-3	4-6	7-10	11-12	12이상
평균적으로 몇 시간을 가사노동을 위해 소비하십니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

VI. 직장생활과 관련된 행동양식에 관한 설문 (AVEM; Schaarschmidt & Fischer, 1996)

위 설문은 귀하의 직장생활과 관련해 행동양식, 태도, 습관에 대한 것 입니다. 직장생활과 관련해 질문에 답해 주시기 바랍니다.

	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	어느 정도 그렇다	상당히 그렇다	매우 그렇다
1. 내 직장 일은 내 삶에 가장 중요한 부분이다.					
2. 내 주변의 사람들 대부분이 직장생활을 해 냈기 때문에 나도 직업을 계속 가지고 싶다.					
3. 만약 업무를 주어진 시간 안에 끝내야 한다면 피곤해도 끝까지 업무를 처리한다.					
4. 내 업무에 실수나 질타가 없어야 한다.					
5. 업무로 인해 휴일에도 나를 잊는다.					
6. 일의 성공적인 결과물이 없으면 쉽게 침체된다.					
7. 어려운 업무를 해결 할 때까지 그것은 계속 내 머리 속에 맴돈다.					
8. 휴식 후 일터로 돌아왔을 때 쉽게 적응하지 못한다.					

	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	어느 정도 그렇다	상당히 그렇다	매우 그렇다
9. 지금까지 직업적 경력은 어느 정도 성공적이었다.					
10. 지금까지 내 삶에 대해 나는 만족한다고 말 할 수 있다.					
11. 배우자 또는 가족은 나의 일에 대해 이해한다.					
12. 나의 일은 나의 모든 것이다.					
13. 직업은 나에게 큰 의미를 지니지 않는다.					
14. 일을 할 때 나는 여분의 시간이 없다.					
15. 실수가 있는 결과물을 생산해 내는 것보다 사전에 적어도 3 번은 미리 검토하는 것이 낫다.					
16. 휴일이나 주말에 직장과 관련된 문제에 대해 생각한다.					
17. 실패를 받아들이는 것은 어렵다.					
18. 만약 어떤 일을 이루지 못했다면 더욱 열심히 해야 한다고 나 자신에게 말한다.					
19. 나는 침착하지 못한 사람이다.					
20. 지금까지의 직업경력에서 나는 좌절보다는 성공을 더 많이 경험했다.					
21. 대체적으로 나는 행복하고 만족스럽다.					
22. 가족들은 내 직장문제에 대해 관심을 가지고 있다.					
23. 만약 직업이 없다고 하더라도 나는 행복할 수 있다.					
24. 직업적 성공을 위해 나는 열심히 일한다.					
25. 해야 할 업무보다 더 많은 일을 한다.					
26. 내 일에서 나는 실수를 하지 않기 위해 매우 애쓴다.					
27. 퇴근 후 나는 문제없이 일과 일상생활을 구분 할 수 있다.					
28. 직업적 실패는 나를 쉽게 낙담시킨다.					
29. 실패는 나를 무너뜨리는 것이 아니라, 더 강하게 노력하게 만드는 원동력이다.					
30. 나는 대체적으로 바쁘고, 정신이 없다.					

	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	어느 정도 그렇다	상당히 그렇다	매우 그렇다
31. 실질적인 직업적 성공은 아직 이루지 못했다.					
32. 나의 미래는 낙관적이라고 볼 수 있다.					
33. 배우자나 가족에게 나는 내 업무와 직장문제에 대해 더 많은 이해심을 가지기를 기대한다.					
34. 일할 때 숨을 쉴 여유가 필요하다.					
35. 나는 다른 사람들 보다 더 높은 직업적 성공을 위해 노력한다.					
36. 내가 가진 에너지 이상으로 일을 하려는 경향이 있다.					
37. 내가 하는 일은 완벽해야 한다.					
38. 나는 퇴근 후 내 업무에 대한 생각을 더 이상 하지 않는다.					
39. 나의 업무를 성공해내지 못했을 경우 나는 매우 상실감을 느낀다.					
40. 미래에 대한 삶의 기대를 충족시킬 수 있을 거라고 확신한다.					
41. 내 주변 사람들에게 나는 그들을 안정/진정시키는 존재이다.					
42. 직업적 발전을 위해 지금까지 거의 모든 일을 해 냈다.					
43. 내 삶에 대해 유감스럽게 생각해 본 적이 결코 없다.					
44. 나의 가족에게 지지를 받는다.					
45. 일을 하지 않으면 어떻게 살아야 할 지 모르겠다.					
46. 나는 나를 위해서 내 직업적 미래에 대해 많은 것을 계획했다.					
47. 하루 일과는 항상 시간이 없다는 전제하에 계획된다.					
48. 내가 모든 일의 결과에 만족했을 때, 나에게 주어진 업무는 끝이 난 것이다.					
49. 업무의 문제들을 하루 종일 생각한다.					
50. 노력에도 불구하고 업무를 해결하지 못했을 경우					

쉽게 용기를 잃는다.					
	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	어느 정도 그렇다	상당히 그렇다	매우 그렇다
51. 실패는 나에게 새로운 에너지를 준다.					
52. 나는 거의 모든 상황에서 차분하고, 신중하게 행동 할 수 있다.					
53. 지금까지의 삶에서 나의 직업적 성공은 특출나다.					
54. 내 삶의 여러 부분들로 보아 나는 내 삶이 실망스럽다.					
55. 내 주변사람들로부터 더 많은 도움을 받기를 종종 원한다.					
56. 삶에서 일보다 더 중요한 것들이 있다.					
57. 일의 성공은 내 삶에 가장 중요한 목표이다.					
58. 나는 직업을 위해 나의 많은 것을 투자한다.					
59. 어떤 업무가 더 진척될 수 있음에도 불구하고 그 일을 멈추어야 한다면 나는 반론을 제기할 것이다.					
60. 나는 거의 일만 생각한다.					
61. 내가 실패를 했을 경우 그것은 나를 거의 의기소침하게 만든다.					
62. 뭔가를 성취하지 못한 경험은 나를 더 단단하고, 강하게 만든다.					
63. 주위의 분주함이나 흥분은 나를 냉철하게 만든다.					
64. 내 업무를 다른 사람이 볼 수 있게 할 수 있다.					
65. 나보다 행복한 사람은 적어야 한다고 생각한다.					
66. 내가 도움이나 충고가 필요할 때 항상 누군가가 내 옆에 있다.					

VII. 직장생활과 관련된 설문 (ERI; Siegrist, 1996)

	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	어느 정도 그렇다	상당히 그렇다	매우 그렇다
1. 많은 업무량 때문에 항상 시간적 여유가 없다.					
2. 업무 도중 자주 중단되거나 방해된다.					
3. 나는 많은 책임감을 안고 있다.					
4. 잔업 할 것을 자주 강요 받는다.					
5. 나의 일은 신체적으로 힘든 일이다.					
6. 업무량이 현저하게 증가하였다.					
7. 내가 한 일에 대해 상사로부터 인정을 받는다.					
8. 내가 한 일에 대해 동료로부터 인정을 받는다.					
9. 어려운 직무상황에 적당한 업무협조를 받는다.					
10. 직장 내에서 불평등하게 대우받는다.					
11. 내 분야에서 승진의 기회를 얻기는 어렵다.					
12. 내 업무분야의 상황은 점점 나빠지고 있다.					
13. 내 직장은 불안하다.					
14. 내 교육 수준을 생각해 봤을 때, 내 직업적 위치는 적당하다고 여긴다.					
15. 내가 수행한 업무나 노력을 생각해 봤을 때 나는 그것에 비례한 적당한 인정을 받는다고 여긴다.					
16. 내가 수행한 업무나 노력을 생각해 봤을 때 나는 내 직업적 발전기회가 적당하다고 여긴다.					
17. 내가 수행한 업무나 노력을 생각해 봤을 때 내 소득은 적당하다고 여긴다.					

	전혀 그렇지 않다	약간 그렇다	대부분 그렇다	매우 그렇다
1. 시간적인 압박감을 쉽게 느낀다.				
2. 아침에 일어나자마자 업무의 문제에 대해 종종 생각한다.				
3. 집에 왔을 때, 업무에 대한 생각을 하지 않는 것은 쉽다.				
4. 내 직업 때문에 포기해야 하는 것들이 많다.				
5. 퇴근 후에도 해야 할 업무들이 계속 머리 속에 남아있다.				
6. 오늘 해야 할 업무를 내일로 미뤘을 때 잠을 잘 수 없다.				

Ⅷ. 정신건강의 행동양식에 관한 설문 (TPF; Becker, 1989)

	항상	대부분	종종	결코.. 않는다.
1. 나는 큰 혼란이나 동요된 상황에서 () 피한다.				
2. 어떤 중요한 것을 결정해야 할 일이 있으면 나는 내가 무엇을 원하는지 () 정확하게 안다.				
3. 나는 외로움을 () 느낀다.				
4. 다른 사람들이 나를 이기적으로 볼 수 있게 () 행동한다.				
5. 삶의 과정과 어려움을 통해 () 성장된 듯함을 느낀다.				
6. 나는 () 지루함을 느낀다.				
7. 나는 () 열정이 흘러 넘친다.				
8. () 나의 취미를 스스로 실천할 수 있는 좋은 상태이다.				
9. 나의 일은 () 어긋난다.				
10. 나의 좌우명은 () 다음과 같다: 조심하고 조금 기대하는 것이 조심성 없고 항상 성공을 기대하는 것보다 낫다.				
11. 직장과 개인적인 일에서 나는 () 성공적이다.				
12. 흥미한 상태나 무기력 상태를 () 경험한다.				
13. 나는 () 성급하게 행동한다.				
14.() 다른 사람에게 열등한 취급을 받는 듯한 느낌이 든다.				
15. 나의 삶에서 많은 실수를 했다는 생각을 () 한다.				
16. 나는 꼼꼼하고 긴 안목을 가지고 () 계획을 세운다.				
17. 나는 다른 사람으로부터 () 쉽게 영향을 받는다.				
18. 내가 하는 말에 대해 나의 사업파트너/동료들이 진심으로 흥미를 갖는지 () 의심한다.				
19. 내가 결정을 내릴 때, () 심사숙고를 한다.				
20. 나는 () 무관심하고 공허한 감정을 지닌다.				
21. 어떤 주제에 대해 너무 민감해서 그것에 관해 대화를 나눌 수 없는 경우가 () 있다.				
22. 다른 사람과의 논쟁을 () 회피한다.				
23. 나는 미래를 낙관적으로 () 전망한다.				
24. 다른 사람들이 나를 칭찬하는 것 보다 자주 비평한다는 느낌이 () 든다.				
25. 힘든 일을 한 후 나는 원기를 회복하는 것에 대해 () 매우 신경을 쓴다.				
26. 힘든 일이 생겼을 때, 나는 내가 그것을 해 낼 수 있는 능력이 있다는 것을 () 믿는다.				

	항상	대부분	종종	결코.. 않는다.
27. 다른 사람으로부터 오해 받는다는 느낌을 (___) 받는다.				
28. 나는 (___) 새롭고, 흥미로운 생각에 사로잡혀, 그것이 가 질 수 있는 결점들을 잊곤 한다.				
29. 나는 (___) 에너지와 활력이 넘친다고 느낀다.				
30. 삶은 의미가 없다는 생각을 (___) 한다.				
31. 신뢰를 바탕으로 한 다른 사람과의 관계에서 주의를 기울 이는 것이 (___) 좋다.				
32. 나는 소극적인 행동에 대해 (___) 불평한다.				
33. 개인주의적이고 속박되지 않은 경향이 짙은 사람을 보면 (___) 나와 친근하다는 생각이 든다.				
34. 좋은 기분을 (___) 가지고 있다.				
35. 나는 (___) 자격지심을 가지고 있다.				
36. 나는 (___) 사려 깊게 행동한다.				
37. 지금 상태를 버틸 수 없다고 (___) 생각한다.				
38. 육체적으로 정신적으로 (___) 좋은 상태이다.				
39. 주변의 성공담을 들었을 때 나는 실패자라고 (___) 여겨진 다.				
40. 건강예방법의 질문들은 (___) 나에게 매우 흥미롭다.				
41. 모든 일들이 나에게 벅차다는 느낌이 (___) 든다.				
42. 나는 내가 모르는 새로운 상황에 부딪히는 것을 (___) 좋아 한다.				
43. 내가 원하는 것들은 (___) 이뤄졌다.				
44. 나는 관습을 깨는 것을 (___) 좋아한다.				
45. 행운은 자신의 행동에서 비롯된다는 좌우명에 따라 (___) 행동한다.				
46. 업무나 임무에서 내 생각들을 유지하는 것은 나에게 (___) 어렵다.				
47. 나는 다른 사람들에게 (___) 쉽게 위압감을 준다.				
48. 보통의 삶을 사는 것은 나에게 (___) 지루하다.				
49. 내가 원하는 것은 (___) 이뤄졌다.				
50. 나는 (___) 자격지심을 가지고 있다.				
51. 사람들과의 관계에서 나는 (___) 어색함을 느낀다.				

IX. 정신과 치료의 관점에 관한 설문 (FEP; Ditte, Schulz & Schmid-Ott, 2006)

	전혀 그렇지 않다	약간 그렇다	대부분 그렇다	매우 그렇다
1. 정신과 치료의 도움으로만 해결이 가능한 심리적인 문제가 있다.				
2. 내가 만약 정신과 치료를 받는다는 사실을 다른 사람이 안다면 다른 사람들은 나를 '미쳤다'고 여길 것이다.				
3. 나는 주위사람들로부터 정신과 치료가 도움이 된다고 얘기를 들었다.				
4. 내가 심한 정신적 문제가 있다면 내 문제의 원인을 혼자 찾기 보다는 정신과 치료의 도움을 받을 것이다.				
5. 나의 정신적 문제에 대해 주변사람들에게 이야기 하는 것이 내키지 않는다.				
6. 내 고통의 원인이 신체적 이상이 아니라고 밝혀졌을 때 다른 사람들은 나의 고통이 스스로 만들어 낸 것이라고 생각할 수 있을 것이다.				
7. 친구나 주위 사람들이 내가 정신과 치료를 받는다는 것을 알게 되었을 때 나를 멀리할지도 모른다는 두려움을 느낀다.				
8. 나는 정신보건전문가 (정신과 의사, 심리상담사 등)는 정신적으로 올바르게 도움이 되는 것들을 배웠다고 생각한다.				
9. 매우 어려운 정신적 문제들에 대해 정신과 치료는 나에게 도움이 될 것이다.				
10. 내가 정신과 치료를 받는다는 사실을 주변사람들이 알아도 상관없다.				
11. 정신보건전문가는 내가 정신적인 위기상황에 처해있을 때 다른 사람보다 더 나은 방법을 제시해 줄 것이다.				

설문조사가 끝났습니다. 참여해 주셔서 감사합니다. ☺